


# تعاطي المواد المؤثرة في الأعصاب
# بين طلاب المدارس الثانوية
# بدولة الكويت
## «دراسة وبائية»


**أ.د. عبد اللطيف محمد خليفة**

قسم علم النفس - كلية الآداب - جامعة القاهرة
قسم علم النفس - كلية العلوم الاجتماعية
جامعة الكويت (سابقا)

**د. عويد سلطان المشعان**

قسم علم النفس- كلية العلوم الاجتماعية
جامعة الكويت
والأمين العام للجنة الوطنية لمكافحة المخدرات



٢٠٠٣

تم تمويل البحث من مؤسسة الكويت للتقدم العلمي

---

مجلس النشر العلمي　　　　لجنة التأليف والتعريب والنشر

**فهرسة مكتبة الكويت الوطنية**

**خليفة، عبداللطيف محمد**

تعاطي المواد المؤثرة في الأعصاب بين طلاب المدارس الثانوية في

دولة الكويت : «دراسة وبائية»/ عبداللطيف محمد خليفة ، عويد سلطان

المشعان - ط ١ - الكويت : جامعة الكويت ، ٢٠٠٣م .

ص ٢٧٤ ؛ ٢٤ × ١٧ سم

ببليوجرافيا : ص ٢٣٣-٢٥٤

ردمك : ٩ - ٠٨١ - ١ - ٩٩٩٠٦

تم تمويل البحث من مؤسسة الكويت للتقدم العلمي

١ - علم النفس . ٢ - المخدرات . ٣ - المهدئات ٤ - البحوث الاجتماعية .

أ - المشعان ، عويد سلطان (مؤلف مشارك) . ب . العنوان

ديوي ٦ ، ١٥٧

ردمك : ISBN : 99906-1-081-9

رقم الإيداع : Depository Number: 2003 / 00042



ردمك : ٩ - ٠٨١ - ١ - ٩٩٩٠٦

بسم الله الرحمن الرحيم

﴿ يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا إِنَّمَا الْخَمْرُ وَالْمَيْسِرُ وَالأَنصَابُ وَالأَزْلامُ رِجْسٌ مِّنْ عَمَلِ الشَّيْطَانِ فَاجْتَنِبُوهُ لَعَلَّكُمْ تُفْلِحُونَ (٩٠) إِنَّمَا يُرِيدُ الشَّيْطَانُ أَن يُوقِعَ بَيْنَكُمُ الْعَدَاوَةَ وَالْبَغْضَاءَ فِي الْخَمْرِ وَالْمَيْسِرِ وَيَصُدَّكُمْ عَن ذِكْرِ اللَّهِ وَعَنِ الصَّلاةِ فَهَلْ أَنتُم مُّنتَهُونَ (٩١) ﴾

(المائدة ،آية ٩٠ – ٩١)

# المحتويات

# تقديم

برزت مشكلة تعاطي المواد المؤثرة في الأعصاب في السنوات الأخيرة على أنها إحدى المشكلات الأساسية التي تواجه العديد من المجتمعات ، على المستويين المحلي والدولي ، لذلك تزايد الاهتمام العلمي بها على المستوى العالمي ، فانشئ العديد من مراكز البحث العلمي ، وأولت الهيئات والمنظمات الدولية الاهتمام الكبير بدراسة هذه الظاهرة من جوانبها المختلفة ، سعياً نحو الحد من تفاقمها والوقاية منها .

وعلى الرغم من هذا الاهتمام العالمي بدراسة ظاهرة التعاطي فإن الاهتمام العربي بوجه عام ، والكويتي بوجه خاص ، يحتاج إلى مزيد من العناية ، من خلال القيام ببحث الظاهرة من جميع أبعادها ، وذلك حتى تتوافر الحقائق والمعلومات التي يمكن من خلالها التخطيط لسياسات وقائية .

وانطلاقاً من ذلك ، وسعياً من حرص اللجنة الوطنية لمكافحة المخدرات ، كانت الدراسة الحالية التي تهدف إلى بحث أبعاد الظاهرة لدى شريحة مهمة من شرائح المجتمع الكويتي ، وهي طلاب المدارس الثانوية .

واشتملت هذه الدراسة على ستة فصول ، تناول الأول منها مشكلة الدراسة وأهميتها وأهدافها . وتركز الفصل الثاني على بيان المفاهيم الأساسية في مجال تعاطي المواد المؤثرة في الأعصاب ، والاتجاه نحو تعاطي هذه المواد ، والنظريات المفسرة للاعتماد عليها ، وكذلك المحكات التشخيصية . أما الفصل الثالث ، فعرضنا فيه للدراسات السابقة – سواء العربية أم الأجنبية – التي تناولت تعاطي المواد المؤثرة في الأعصاب .

أما الإجراءات المنهجية فكانت موضوع الفصل الرابع من الدراسة . واشتملت هذه الإجراءات على وصف عينة الدراسة ، والأداة المستخدمة ، وظروف التطبيق ، وخطة التحليلات الإحصائية .

وفي الفصل الخامس عرضنا لنتائج الدراسة في ضوء ستة محاور أو أبعاد ، تركزت على الاتجاه العام لمدى انتشار ظاهرة التعاطي بين طلاب المرحلة الثانوية ، والفروق بين الجنسين في هذا الشأن ، وتدخين السجائر في علاقته ببعض المتغيرات ، وتعاطي الأدوية في علاقته ببعض المتغيرات ، وتعاطي المخدرات الطبيعية في علاقته ببعض المتغيرات ، وتعاطي الكحوليات في علاقته ببعض المتغيرات .

أما الفصل السادس والأخير فقد اشتمل على مناقشة ما تم التوصل إليه من نتائج ، وأهم التوصيات التي يمكن الخروج بها من هذه النتائج .

ونأمل أن يكون هذا العمل خالصاً لوجه الله تعالى لما فيه خير الوطن والمواطنين ، هذا وبالله التوفيق ، وعلى الله قصد السبيل .

**الباحثان**

## الفصل الأول

# مدخل إلى الدراسة

أولاً : مقدمة

ثانياً : مشكلة الدراسة

ثالثاً : أهداف الدراسة

رابعاً : أهمية الدراسة

# أولاً : مقدمة

جاء في تقارير منظمة الصحة العالمية (W.H.O.) أن مشكلة المخدرات تعد من أخطر المشكلات في عصرنا الحالي ، حيث قفزت هذه المشكلة بجوانبها وأبعادها المختلفة لتقع ضمن أولويات الهيئات الدولية والإقليمية المختلفة ، وذلك بعد أن تفاقمت وازداد انتشارها بشكل ملحوظ في مختلف المجتمعات . فقد شهدت السنوات الأخيرة تعدداً لأنواع المخدرات ، وزيادة هائلة في انتشارها في جميع المجتمعات ، سواء المتقدمة أو تلك التي لاتزال في طريق النمو (إدارة الخدمات الاجتماعية والنفسية ، ١٩٩٨) .

هذا ، وعلى الرغم من أن ظاهرة تعاطي المخدرات قد برزت بشكل واضح في السنوات الأخيرة فإن هذا لا يعني بأي حال من الأحوال أن المجتمعات لم تعرفها من قبل ، فموضوع تعاطي المخدرات - كما أشار مصطفى سويف - موضوع ذو ماضٍ وحاضر ومستقبل : أما الماضي فبعيد يصل إلى فجر الحياة الاجتماعية الإنسانية ، وأما الحاضر فمتسع يشمل العالم بأسره ، وأما المستقبل فأبعاده متجددة وليست محددة ، فما من مجتمع ترامت إلينا سيرته عبر القرون إلا وجدنا بين سطور هذه السيرة ما ينبئ بشكل مباشر أو غير مباشر عن التعامل مع مادة أو مواد محدثة لتغيرات بعينها في الحالة النفسية بوجه عام ، وفي الحالة العقلية بوجه خاص ، غير أن هذا الموضوع برز على هيئة مشكلة تحتل مكان الصدارة بين المشكلات الاجتماعية والصحية على الصعيد العالمي في تاريخ قريب (منذ منتصف الستينيات) ، وتبلور الاهتمام بها في عدد من المجتمعات العربية بدءاً من منتصف السبعينيات ، واستمرت قوة الدفع على الصعيد العالمي ، على ما هي عليه طوال

الثمانينيات ، ومع بداية التسعينيات (مصطفى سويف ، ١٩٩٦ ، ص ١٣ - ١٤) .

وبوجه عام ظهرت مشكلة تعاطي المخدرات عالمياً مع تعقد الظروف الاجتماعية ، وازدياد الضغوط النفسية والأعباء الاقتصادية ، ومجتمعنا العربي عامة مجتمع غير مقطوع الصلة بغيره من المجتمعات ، والمجتمع الكويتي خاصة قد يكون أكثر اتصالاً بغيره من المجتمعات لأسباب مختلفة ، منها استقدام العمالة من العديد من دول العالم ، والسفر للسياحة ، أو غير ذلك من الأسباب . ومع تزايد الاتصال وتعرض الشخص للتفاعل مع غيره من البشر تبدأ دوافع حب الاستطلاع ، والمشاركة ، وتجريب الجديد ، تلعب دورها في التعرض للمنبهات أو العادات التي تظهر في المحيط الإدراكي للإنسان ، وهكذا يجد الشخص نفسه وجهاً لوجه مع سلوك تعاطي المخدرات والكحوليات ، سواء داخل الكويت أو خارجها (انظر :مصري حنورة ، ١٩٩٣) .

وهذا ما أشار إليه علي مصطفى بلال (١٩٨٤) ، وهو أن لدينا بالكويت مشكلة إدمان الكحوليات ، والدليل على ذلك وجود المرضى للعلاج من جراء العديد من المشكلات المرتبطة بتعاطي هذه الكحوليات ، مثل حوادث المرور وأمراض الكبد ، والأوعية الدموية ، والجريمة . . . إلخ . كما أن هناك شاهداً آخر على مشكلة إدمان المخدرات في الكويت ، وهو وجود نزلاء متعددين بسجن الكويت ، وكذلك كثرة عدد المترددين من المتعاطين على الأقسام العلاجية بمستشفيات دولة الكويت .

ونظراً لتفاقم مشكلة انتشار تعاطي المواد المؤثرة في الأعصاب عالمياً ومحلياً فقد

حظيت باهتمام واضح من قبل الباحثين والدارسين على المستويين : العالمي والمحلي . وقد أحس المسؤولون بدولة الكويت ببوادر ظهور المشكلة مع بداية الخمسينيات (عبد الله سعيد الفرحان ، ١٩٨٥) . إلا أن الاهتمام العلمي المنظم بدراسة هذه المشكلة والوقوف على أبعادها ومظاهرها وحجمها في المجتمع الكويتي لازال في حاجة إلى مزيد من التركيز والتعاون بين مختلف وزارات الدولة التي يمكن أن تسهم في هذا الشأن .

ويتسق ذلك مع ما أشار إليه مصري حنورة (١٩٩٣) ، بأن مشكلة تعاطي المخدرات موجودة ، ولا يهم أن تكون بسيطة أو مركبة ، أما عن حجم هذه المشكلة بدقة فهذا ما لا تتوافر تحت أيدينا في الوقت الراهن أدلة كافية للقطع برأي نهائي .

وفي ضوء ما سبق يتضح أن مشكلة تعاطي المواد المؤثرة في الأعصاب في حاجة إلى دراستها من جميع جوانبها ، ولدى قطاعات وشرائح مختلفة في المجتمع الكويتي ، وكان هذا هو الدافع وراء القيام بالدراسة الحالية لإلقاء الضوء على حجم المشكلة ، والعوامل التي ترتبط بها بين طلاب المدارس الثانوية بدولة الكويت . حيث تعد هذه الدراسة من الدراسات الوبائية التي يرى الباحثون أن لها هدفين رئيسيين : أولهما : هدف تطبيقي ؛ إذ ترسي أساساً لوضع برامج وسياسات للعلاج والوقاية ، وثانيهما : هدف أكاديمي ، مؤداه الكشف عن علاقة منظمة بين أبعاد الاضطراب موضوع الدراسة وبعض الاضطرابات أو كلها في جمهور أو بيئة اجتماعية بعينها ( مصطفى سويف وآخرون ، ١٩٨٧) .

وعلى الرغم من أهمية هذين الهدفين ، وما يمكن أن يؤديا إليه من نتائج نظرية

وعملية فيما يتعلق بتوضيح ظواهر التعاطي وبالتحكم فيها ، فإن عدد البحوث الوبائية التي أجريت حتى الآن على مستوى العديد من الدول العربية لاتزال في حكم الندرة ، ففي حدود علمنا لا يوجد في المجتمع الكويتي دراسات وبائية على طلاب الثانوي سوى الدراسة التي قامت بها إدراة الخدمات الاجتماعية والنفسية بوزارة التربية بدولة الكويت (١٩٩٨) .

وتأتي الدراسة الحالية على عينة ممثلة لطلاب المرحلة الثانوية ؛ سعياً نحو الكشف عن أبعاد التعاطي لدى هذه الشريحة المهمة من أفراد المجتمع الكويتي .

## ثانياً : مشكلة الدراسة

تعد مشكلة تعاطي المخدرات بجميع أنواعها من المشكلات التي أصبحت تمثل تهديداً خطيراً على المستويين : الفردي والمجتمعي . وقد ظهرت هذه المشكلة وتفاقمت مع تعقد الظروف وتزايد الضغوط النفسية والأعباء الاقتصادية على المستويين : العربي والعالمي .

ونظراً لانتشار ظاهرة تعاطي المخدرات بشكل ملحوظ ، فقد بدأت الجهات المختصة والباحثون في بعض المجتمعات العربية ينبهون إلى خطورة هذه الظاهرة ، وإلى أهمية الوقوف على حجم انتشارها والعوامل التي ترتبط بها ، وأسباب الإقدام عليها أو الإحجام عنها ، والمعتقدات والاتجاهات الشائعة نحوها ، وكيفية مواجهتها والوقاية منها .

وعلى الرغم مما حظيت به مشكلة المخدرات من اهتمام العديد من الدول العربية بدءاً من منتصف السبعينيات ، فإنها لازالت في حاجة إلى دراستها والوقوف

على فهمها وكيفية مواجهتها في المجتمع الكويتي بوجه عام ، وبين طلاب المدارس الثانوية بوجه خاص ، باعتبارهم - كما أوضحت نتائج الدراسات السابقة (مصطفى سويف وآخرون ، ١٩٨٧ ؛ إدارة الخدمات الاجتماعية والنفسية ، ١٩٩٨ ؛ جونستون وآخرون ، ١٩٨٨ ؛ زين العابدين درويش وآخرون ، ١٩٨٩) .
- يعيشون مرحلة عمرية حرجة- هي مرحلة المراهقة - وأكثر استهدافاً للتعاطي من غيرهم ، بالإضافة إلى وجود مؤشرات توحي بأن هذه المرحلة العمرية تمثل بداية انتشار تعاطي العديد من المواد المؤثرة في الأعصاب (Soueif, et al., 1982 "A", "b"; Voekl & Frone, 2000; Thomas, 1996) .

وقد تأخر الاهتمام بدراسة ظاهرة تعاطي المخدرات في المجتمع الكويتي حتى وقت قريب ، مع أن الإحصاءات الصادرة عن وزارة الداخلية الكويتية تشير إلى تفاقم مشكلة المخدرات على نحو يدعو كل الجهات إلى مقاومة هذه المشكلة ومحاولة التصدي لها ؛ ولهذا أنشئت اللجنة الوطنية لمكافحة المخدرات برئاسة معالي وزير الداخلية ، وبمعاونة نخبة من القياديين والأخصائيين لمواجهة هذه المشكلة ، والحد من انتشارها والتوعية الإعلامية والتربوية بأضرارها .

وفي ضوء ما سبق ظهرت أهمية الحاجة إلى القيام بالدراسة الحالية في إطار هذه اللجنة الوطنية الموقرة ، وتحت رعايتها ، وبتدعيم من مؤسسة الكويت للتقدم العلمي ، وذلك بهدف الكشف عن مشكلة تعاطي المواد المؤثرة في الأعصاب ، وانتشارها بين طلاب المدارس الثانوية بدولة الكويت .

وتبلورت مشكلة هذه الدراسة في محاولة الإجابة عن الأسئلة التالية :

١- ما حجم انتشار تعاطي المواد المؤثرة في الأعصاب بين طلاب الثانوي ، ومدى الاستمرار والتوقف عن تعاطي هذه المواد ؟

٢- ما مدى التعرض المعرفي لثقافة هذه المواد بطرق مختلفة (مثل الأصدقاء والزملاء والأقارب) ؟

٣- كيف كانت خبرة البدء في تعاطي المخدرات ، وهل هناك تقبل إيجابي (أي سعي الشخص للحصول عليها أم تقبل سلبي) ؟

٤- ما المعتقدات الشائعة لدى الطلاب حول الآثار المترتبة على تعاطي المواد المخدرة؟

٥- ما العوامل والظروف الديموجرافية والنفسية والاجتماعية المسؤولة عن تعاطي المواد المؤثرة في الأعصاب ؟

٦- هل توجد فروق جوهرية بين المتعاطين وغير المتعاطين في الحالة الصحية (سواء الجسمية أو النفسية) ؟

٧- هل هناك فروق جوهرية بين المتعاطين وغير المتعاطين في المشاركة في النشاطات الاجتماعية ؟

٨- هل هناك فروق جوهرية بين الطلاب المتعاطين والطلاب غير المتعاطين لإحدى المواد المخدرة ، في تعاطي مواد مخدرة أخرى ، من حيث الخبرة بهذه المواد ، والمعتقدات الشائعة حولها ، ومدى انتشارها ، والعمر عند بدء تعاطيها ؟ بمعنى آخر الوقوف على الفروق بين المتعاطين للكحوليات مثلاً وغير المتعاطين للكحوليات من حيث : تعاطي كل منهما للمواد الأخرى مثل السجائر ،

والمخدرات الطبيعية ، والأدوية ، والمعتقدات الشائعة لدى كل من المجموعتين حول تعاطي هذه المواد ٠٠٠ إلخ . وكذلك المقارنة بين المدخنين للسجائر وغير المدخنين من حيث تعاطي كل من المجموعتين للمخدرات الطبيعية ، والكحوليات ، والأدوية بمختلف أنواعها ، وهكذا في كل المحاور .

٩- كيف يمكن الاستفادة من النتائج التي تسفر عنها الدراسة الحالية في مجال الوقاية من ظاهرة تعاطي المخدرات بين شريحة طلاب الثانوي ؟

## ثالثاً : أهداف الدراسة

يتمثل الهدف العام لهذه الدراسة المسحية الوبائية في إلقاء الضوء على مدى انتشار تعاطي المواد المؤثرة في الأعصاب بين طلاب المدارس الثانوية بدولة الكويت ، ويندرج تحت هذا الهدف العام عدة أهداف فرعية نعرض لها على النحو التالي :

١- الوقوف على مدى انتشار تعاطي المواد المؤثرة في الأعصاب (تدخين السجائر ، تعاطي الأدوية بدون إذن طبي ، تعاطي المخدرات الطبيعية ، تعاطي الكحوليات ، تعاطي الهيروين) .

٢- الكشف عن مدى الاستمرار والتوقف عن تعاطي هذه المواد ، وكذلك معرفة ما إذا كانت هناك رغبة لدى غير المتعاطين لهذه المواد في تجربة تعاطيها إذا أتيحت لهم الفرصة .

٣- الوقوف على مدى التقبل الإيجابي (السعي بإرادة واعية للحصول على المخدر) - مقابل التقبل السلبي قبل خبرة البدء في التعاطي .

٤- الكشف عن العوامل والظروف التي تقترن بتعاطي أو عدم تعاطي المواد المؤثرة في الأعصاب ، سواء أكانت هذه العوامل تتصل بالطالب نفسه (من حيث الجنس ، والصف الدراسي ، والعمر ، والنظام التعليمي الذي ينتمي إليه ، والمنطقة التعليمية . . . إلخ ) ، أم تتعلق بأسرته والسياق النفسي الاجتماعي الذي يحيط بالطالب (مثل تعليم الوالدين ، ووجودهما على قيد الحياة) ، مما يشكل اتجاه الطلاب وسلوكهم نحو التعاطي ، ومن ثم إمكانية الإقدام على التعاطي والاستمرار فيه ، أو الإحجام عن التعاطي والتوقف عنه .

٥- الوقوف على مستويات التعرض المعرفي (مصادر المعلومات) لثقافة المواد النفسية المؤثرة في الأعصاب .

٦- إلقاء الضوء على المعتقدات والتصورات الشائعة حول الآثار المترتبة على تعاطي المواد المؤثرة في الأعصاب لدى كل من المتعاطين وغير المتعاطين .

٧- معرفة العلاقة بين تعاطي المواد المؤثرة في الأعصاب وكل من الحالة الصحية للطلاب (في ضوء مدى الإصابة بالأمراض الجسمية أو النفسية) ، والمشاركة في النشاطات الاجتماعية .

٨- المقارنة بين الطلاب المتعاطين والطلاب غير المتعاطين لمادة معينة في علاقتها بتعاطي المواد الأخرى (مثال ذلك المقارنة بين المتعاطين للكحوليات وغير المتعاطين لها) ، من حيث الأبعاد الآتية :

أ - الخبرة بالمواد الأخرى المؤثرة في الأعصاب .

ب - مصادر المعلومات أو التعرض المعرفي لهذه المواد .

جـ - المعتقدات الشائعة حول هذه المواد .

د - مدى انتشار تعاطي هذه المواد ، والإقدام نحوها أو الإحجام عنها .

هـ - العمر عند بدء تعاطي هذه المواد .

٩- تقديم بعض التوصيات والمقترحات - في ضوء ما تسفر عنه هذه الدراسة من نتائج ، يمكن الاستفادة منها في مواجهة ظاهرة تعاطي المخدرات والتغلب عليها ، والتخفيف من تزايد انتشارها . وهو ما يطلق عليه بمستوى الوقاية من الدرجة الثانية .

## رابعاً : أهمية الدراسة

تعد هذه الدراسة من الدراسات الوبائية التي تسعى إلى الكشف عن مدى انتشار تعاطي المواد المؤثرة في الأعصاب بين طلاب المدارس الثانوية بدولة الكويت .

والدراسة الوبائية هي دراسة التوزيع الاجتماعي لمرض ما ، جسمي أو نفسي ، أو لاضطراب جسمي أو نفسي معين لا يتبلور في صورة مرض محدد ، ولكن يكشف عن نفسه في صورة أعراض Symptoms أو علامات Signs بعينها ، أو مظاهر سلوكية معينة ، وذلك بهدف الكشف عن العلاقة أو العلاقات المنتظمة بين المرض أو الإضطراب ومتغيرات البيئة الاجتماعية وأساليب الحياة الاجتماعية الشائعة داخل القطاعات المختلفة في المجتمع (مصطفى سويف ، ١٩٩٠ «أ» ؛ Arif & Westemeyer, 1988) .

وتنقسم الدراسات الوبائية إلى ثلاثة أنواع : الدراسات الوصفية ، والدراسات التحليلية ، والدراسات التجريبية . ويجيب كل نوع من هذه الدراسات على أسئلة

بعينها ؛ فالدراسات الوصفية تصف معدلات انتشار الظاهرة ، ومدى شيوعها في المناطق الجغرافية المختلفة ، وفي الشرائح الاجتماعية المتعددة . والدراسات التحليلية تجيب عن الأسئلة التي تدور حول «لماذا» تحدث هذه الظاهرة على هذا النحو؟ ، وذلك بصياغة فروض ، والتقدم نحو اختبارها ، وتكون الإجابة في معظم الأحيان بالكشف عن وجود علاقات منتظمة (في شكل معاملات ارتباط) تلقي ضوءاً على منشأ الظاهرة ، وعلى ما يحدث في مسارها من تحولات . ولكن يندر أن تكون هذه العلاقات علاقات علية أو سببية ، بل هي في الغالب علاقات مصاحبة واقتران بين المتغيرات والاضطراب الذي ينصب عليه اهتمام الدارس . أما الدراسات التجريبية فتتجه مباشرة إلى الإجابة ، وبشكل حاسم عن الأسئلة التي تتناول علاقة السبب بالنتيجة . وتتكامل هذه الأنواع الثلاثة من الدراسات الوبائية في إلقاء الضوء على الاضطراب الذي ندرسه (مصطفى سويف ، ١٩٩٠ «أ» ، ص ١٧ - ١٨) .

وتتوزع الجهود الخاصة بالتصدي لمشكلة المخدرات بين نوعين ، يطلق على أولهما «جهود مكافحة العرض» ، وتقوم على ثلاث دعائم هي : المكافحة الأمنية ، والقانون ، والمشاركة في الاتفاقات الدولية والإقليمية . وتسعى هذه الجهود إلى مكافحة التهريب ، والتصنيع ، والزراعة ، والاتجار ، والتوزيع للمواد المخدرة غير المشروعة . أما النوع الثاني فيتمثل في «جهود خفض الطلب» ، وتنطوي على ثلاثة مكونات رئيسية هي : الوقاية ، والعلاج ، وإعادة التأهيل والاستيعاب ، وتقوم بوضع السياسات والإجراءات التي تستهدف خفض رغبات المستهلكين ، والمتعاطين في سبيل الحصول على المواد المؤثرة إلى أدنى درجة ممكنة (مصطفى سويف ، ١٩٩٦) .

وتندرج أهمية الدراسة الحالية تحت هذا النوع الثاني من الجهود المتمثل في خفض الطلب ، حيث تستخدم هذه الدراسة المنحى أو المنهج الأبيديميولوجي Epidemiological في دراسة ظاهرة تعاطي المخدرات ، ويساعد مثل هذا المنهج على توفير العديد من المعلومات الدقيقة عن أبعاد هذه الظاهرة ، والعوامل والظروف التي تحيط بها ، ومن أمثلة ذلك ما يأتي :

١- تحديد الانتشار ، والإصابة ، والتوزيع الذي تظهر به حالة أو اضطراب في مجتمع بعينه .
٢- تحديد التاريخ الطبيعي لاضطراب معين .
٣- الكشف عن العوامل والأسباب المؤدية إلى نشأة الاضطراب أو انتشاره .
٤- تحديد الجماعات المعرضة للخطر .
٥- رسم سياسة وقائية أو برنامج وقائي أو علاجي ، وتقويم كفاءة هذه السياسات .
٦- الكشف عن زملات مرضية جديدة .
٧- الكشف عن انتشار مواد مخدرة جديدة .
٨- اختبار مدى صدق التصنيف الفارماكولوجي من خلال الكشف عن نمط الاعتماد على المخدر وطبيعة أو طريقة الاستخدام أو التعاطي .
٩- الكشف عن بعض المتغيرات غير الفارماكولوجية التي ترتبط باحتمال الاعتماد على المخدر (مصري حنورة ، ١٩٩٣ ؛ عبد الحليم محمود السيد وآخرون ، ١٩٩١ ؛ WHO, 1975, No 577; Smart et al., 1985) .

وبوجه عام تعد البحوث المسحية الوبائية ، الأساس الذي يعتمد عليه في توفير المعلومات عن مدى انتشار التعاطي الفعلي المنتظم أو المتقطع ، أو الاستعداد لتعاطي

المواد المخدرة ، وتوزيع سلوك التعاطي ودوافعه لدى مختلف الشرائح الاجتماعية ، والكشف عن الظروف والسياق النفسي والاجتماعي المؤدي إلى الإقدام أو الإحجام عن التعاطي . وبدون الوقوف على هذه الجوانب وغيرها يصبح أي برنامج وقائي لا جدوى منه .

وفي ضوء ذلك ، فإن أهمية الدراسة الحالية تتمثل في إمكانية الاستفادة من نتائجها في مجال الوقاية من مشكلة التعاطي ، خاصة بعد أن تبين أن برامج الوقاية الموجهة للجماعات المستهدفة أو جماعات المخاطرة Risk Groups للتعاطي ، أو التي بدأت في المراحل الأولى أفضل بكثير من نتائج البرامج العلاجية ، نظراً لما تواجهه إجراءات العلاج من صعوبات ، وارتفاع نسبة الفشل في علاج كثير من حالات الإدمان على المخدرات .

والوقاية Prevention في هذا المجال يقصد بها مجموعة التدابير أو الإجراءات Procedures التي تتخذ تحسباً لوقوع مشكلة ، أو لنشوء مضاعفات لظروف بعينها ، أو لمشكلة قائمة بالفعل ، ويكون هدف هذه التدابير القضاء الكامل ، أو القضاء الجزئي على إمكان وقوع المشكلة ، أو المضاعفات ، أو المشكلة ومضاعفاتها جميعاً . (Soueif , 1974) ويتفق هذا التعريف الذي وضعه «سويف» مع التعريف الذي تبنته هيئة الصحة العالمية (WHO , 1974, p.17) الذي يفرق بين درجات ثلاث من الوقاية هي :

١- الوقاية الأولية (من الدرجة الأولى) : Primary Prevention

هدفها هو منع المشكلة أو الاضطراب من الحدوث أصلاً . وتتضمن جميع

أنواع التوعية ، وكذلك الإجراءات التي تتخذ على مستوى الدولة (باسم مكافحة العرض) سواء أكانت إجراءات أمنية أم تشريعية ، مادام الهدف الأخير منها هو منع توافر المخدر ، ومن ثم منع وقوع التعاطي .

٢- الوقاية الثانوية (من الدرجة الثانية) : Secondary Prevention

ويقصد بها التدخل العلاجي المبكر Early intervention ، بحيث يمكن وقف التمادي في التعاطي لكي لا يصل بالشخص إلى مرحلة الإدمان ، وكل ما يترتب على مرحلة الإدمان من مضاعفات . أي أن هذا المستوى من الإجراءات الوقائية يقوم على أساس الاعتراف بأن الشخص أقدم فعلاً على التعاطي ، ولكنه لا يزال في مراحله الأولى ، ومن ثم تحاول إيقافه عن الاستمرار فيه ( لجنة المستشارين العلميين ، ١٩٩٢ ، ص ٢٠٨ ) .

٣- الوقاية من الدرجة الثالثة : Tertiary Prevention

ويقصد بالوقاية من الدرجة الثالثة وقاية المدمن من مزيد من التدهور الطبي أو الطبي- النفسي والسلوكي للحالة . فهدفها إيقاف تقدم المشكلة أو تعطيل تفاقمها ، على الرغم من بقاء الظروف التي أحاطت بظهورها ( WHO , 1974, p.17 ؛ مصطفى سويف ، ١٩٨٨ ، ص ٨) .

ويرى المتخصصون في المجال أن التخطيط لسياسة وقائية من تعاطي المواد المؤثرة في الأعصاب يمكن أن يتم على مستويين :

المستوى الأول : مستوى عام يتمثل في تعاون جهود كل مؤسسات المجتمع ، سواء الحكومية أو الأهلية ، التعليمية والدينية والإعلامية . . . إلخ ، فلا يعقل مثلاً أن

تقدم برامج تعليمية وإعلامية عن أضرار التدخين والكحوليات في الوقت الذي يسمح فيه للحملات الإعلانية التجارية أن تروج لهذه المخدرات .

المستوى الثاني : التخطيط لسياسة وقائية ، ويتمثل في محاولة تغيير اتجاهات الأفراد نحو مزيد من التقبل للمعلومات والمشاعر غير المحبذة أو المضادة للمخدرات ، وذلك من خلال برامج تعليمية وإعلامية وتربوية موجهة إلى جمهور معين ( عبد الحليم محمود السيد ، وآخرون ، ١٩٩١ ، ص ص ٣٣١ - ٣٣٢) .

وبوجه عام تمثل الدراسة الوبائية الحالية استجابة علمية للحاجة القومية لاستكشاف أهم ملامح ظاهرة تعاطي المخدرات في دولة الكويت ، كما أنها تأتي استجابة لنداء المجتمع العلمي الذي يوصي بضرورة القيام بدراسات وبائية تصف أشكال انتشار التعاطي في معظم دول العالم ، فقد ذهبت لجنة خبراء بحوث التعاطي بهيئة الصحة العالمية إلى القول بأننا لا نزال بحاجة إلى مزيد من المعلومات حول العوامل التي تقترن بتعاطي المواد المسببة للاعتماد ، وكذلك تحديد أنماط هذا التعاطي ومداه ، حتى يتسنى التخطيط الكفء والتنفيذ الفعال لبرامج تستهدف علاج المشكلات المترتبة على هذا التعاطي ، أو الوقاية منها أصلاً (مصطفى سويف ، وآخرون ، ١٩٨٧ ، ص ص ٩ - ١٠ ) .

وبالإضافة إلى الأهمية القومية لهذه الدراسة ، فإنها تواكب الاهتمام العالمي بالشباب المتعلمين الذين يمثلون مستقبل الأمم ، واكتشاف الظروف والعوامل التي تدفعهم إلى تعاطي المخدرات ، بهدف وضع خطة وقائية علاجية تلائم المجتمع الكويتي .

وتتزايد أهمية الدراسة الحالية نظراً لكونها تركز على شريحة مهمة من شرائح المجتمع هم طلاب مرحلة التعليم الثانوي(*) . وتتمثل أهمية دراسة هؤلاء الطلاب بالتحديد فيما يأتي :

أ - الأهمية الحيوية للجمهور العريض من الشباب الذي يتلقى التعليم الثانوي بوصفه يمثل صفوة شباب المجتمع المعرضة أكثر من غيرها للتورط في مشكلة تعاطي المخدرات .

ب - وجود دلائل تشير إلى انتشار درجات من المعرفة والخبرة بالمواد المؤثرة في الأعصاب لدى هذا الجمهور ، ومن شأن الدراسة الراهنة أن تلقي الضوء على الظروف الميسرة أو المعوقة لانتشار هذه المعرفة والخبرة بهذه المواد .

ج - تشير كل المؤشرات العالمية والمحلية إلى أن بدء التعاطي يقع في الغالبية العظمى من الحالات في سن الشباب المبكر ، وهي الفترة التي درجنا على تسميتها بفترة

---

(*) تأتي هذه الدراسة امتداداً لدراسة سابقة تناولت مشكلة التعاطي بين طلاب الثانوي ، قامت بها إدارة الخدمات الاجتماعية والنفسية بوزارة التربية بدولة الكويت (١٩٩٨) . حيث لوحظ أن العينة التي اشتملت عليها هذه الدراسة تعد محدودة نسبياً ، وغير ممثلة لطلاب المرحلة الثانوية بدولة الكويت . ومن ثم فان أهمية الدراسة الحالية تأتي من كونها تشمل عينة أكثر تمثيلاً ، وتتناول ظاهرة التعاطي من جوانب عديدة لم تشملها هذه الدراسة مثل معتقدات الطلاب ، واتجاهاتهم نحو التعاطي ، وعلاقة تعاطي مخدر ما بالمخدرات الأخرى ... إلخ . كما تتمثل أهمية هذه الدراسة في كونها تلقي الضوء على ما حدث من تغيرات في حجم انتشار الظاهرة . فمن الأهمية بمكان في مجال البحوث الوبائية القيام بدراسات تتبعية لرصد مدى الزيادة أو النقصان في انتشار الوباء .

أما فيما يتعلق بالدراسة التي قام بها عبد اللطيف خليفة ، وعويد المشعان (١٩٩٩) فقد أجريت على عينة محدودة نسبياً من طلاب الجامعة . ويأمل الباحثان الحاليان القيام بدراسة تالية لدراسة مشكلة التعاطي من جميع جوانبها بين طلاب الجامعة لدى عينة أكثر تمثيلاً .

المراهقة ، والتي يقضيها كثير من الشباب في المدارس والجامعات ، ومن ثم فإن تركيز الأضواء على هذه المرحلة العمرية من شأنه أن يكشف عن قدر كبير من الظروف والعوامل التي تحيط بمنشأ التعاطي ، بل يكشف أيضاً عن العوامل التي تحيط بالانصراف عن التعاطي عند كثير من الشبان بعد مغامرة التجربة الأولى . وهذه جميعاً معلومات بالغة الأهمية إذا ما اتجهت الجهود إلى وضع البرامج الوقائية .

وقد كشفت الدراسات السابقة على المستويين : المحلي والعالمي عن انخفاض العمر المنوالي الذي يبدأ فيه تعاطي المواد المؤثرة في الأعصاب على سبيل التجريب ، سواء في ذلك تدخين السجائر الذي يغلب البدء فيه في سن ١٤ سنة ، والكحوليات التي يغلب أن يبدأ تعاطيها في حوالي سن ١٢ سنة ، أو المخدرات التي يغلب البدء في تعاطيها في سن ١٦ أو ١٧ سنة (جونستون وآخرون ، ١٩٨٨ ؛ سامر جميل رضوان ، ١٩٩٩ ؛ عبدالحليم محمود السيد وآخرون ، ١٩٩١ ؛ مصطفى سويف وآخرون ، ١٩٨٧ ؛ (Alison et al., 1996; Chen et al. ; 2000 . .

وتجدر الإشارة إلى أن الأضرار الناجمة عن تعاطي المواد المخدرة تكون أشد خطورة لدى المتعاطين الذين يبدأون في سن مبكرة (Soueif , 1982 , "A" , "B") كما أن الوقاية تكون أكثر كفاءة كلما كانت مبكرة ، أي قبل البدء في تعاطي المواد المخدرة . مما يؤكد ضرورة الاهتمام بإلقاء الضوء على دراسة الظاهرة لدى طلاب الثانوي بالمجتمع الكويتي ، بهدف رصد أنماط التغير في المعلومات

والخبرات المتصلة بالمواد المخدرة ، والظروف المرتبطة بتعاطي هؤلاء الطلاب لهذه المواد .

د - محاولة الكشف عن الحجم الحقيقي لمشكلة تعاطي المخدرات التي أصبحت تشغل الرأي العام في المجتمع الكويتي ، خاصة مع التناول الإعلامي المكثف لانتشار الظاهرة وتفاقمها ، وارتباطها بأشكال مختلفة من السلوك الإجرامي والعنف والعدوان . (عبد اللطيف خليفة ، عويد المشعان ، ١٩٩٩ ؛ إدارة الخدمات الاجتماعية والنفسية بدولة الكويت ، ١٩٩٨ ؛ عايد الحميدان ، ١٩٩٦ ؛ عبد اللطيف خليفة ١٩٩٢ ؛ عويد سلطان المشعان ، ١٩٩٩) .

الفصل الثاني

# المفاهيم والإطار النظري



**أولاً : المفاهيم الرئيسية في مجال تعاطي المواد المؤثرة في الأعصاب :**

١ - الإدمان .
٢ - الاعتماد .

٣ - الاعتماد النفسي .
٤ - الاعتماد العضوي .

٥ - المادة النفسية أو العقار النفسي .
٦ - المواد المحدثة للاعتماد .

٧ - التحمل .
٨ - تعاطي المواد النفسية .

٩ - التعاطي غير الطبي .
١٠ - التعاطي التجريبي .

١١ - التعاطي المتقطع .
١٢ - التعاطي المنتظم .

١٣ - التعاطي المتعدد للمواد النفسية .
١٤ - أنماط التعاطي .

**ثانياً : الاتجاهات نحو تعاطي المواد المؤثرة في الأعصاب .**

**ثالثاً : النظريات النفسية المفسرة للاعتماد على المواد المؤثرة في الأعصاب .**

**رابعاً : المحكات التشخيصية للاعتماد على المواد المؤثرة في الأعصاب طبقاً للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع لرابطة الطب النفسي الأمريكية .**

نعرض فيما يلي لعدد من المفاهيم الأساسية التي غالباً ما يرد ذكرها وتناولها في الدراسات والبحوث الوبائية لظاهرة تعاطي المخدرات .

## أولاً : المفاهيم الرئيسية في مجال تعاطي المواد المؤثرة في الأعصاب .

### ١ - الإدمان Addication :

ويقصد به التعاطي المتكرر لمادة نفسية ، أو لمواد نفسية ، لدرجة أن المتعاطي (ويقال المدمن) يكشف عن انشغال شديد بالتعاطي ، كما يكشف عن عجز أو رفض للانقطاع ، أو لتعديل تعاطيه ، وكثيراً ما تظهر عليه أعراض الانسحاب ، إذا ما انقطع عن التعاطي ، وتصبح حياة المدمن تحت سيطرة التعاطي إلى درجة تصل إلى استبعاد أي نشاط آخر ، ومن أهم أبعاد الإدمان ما يأتي :

أ - ميل إلى زيادة جرعة المادة المتعاطاة ، وهو يعرف بالتحمل .

ب- اعتماد له مظاهر فيزيولوجية واضحة .

ج- حالة تسمم عابرة أو مزمنة .

د- رغبة قهرية قد ترغم المدمن على محاولة الحصول على المادة النفسية المطلوبة بأي وسيلة .

هـ- تأثير مدمر على الفرد والمجتمع .

وقد استمرت المحاولات منذ العشرينيات المبكرة وحتى أوائل الستينيات لإقرار التمييز بين الإدمان والتعود Habituation ، باعتبار أن التعود صورة من التكيف النفسي أقل شدة من الإدمان . ولكن في أوائل الستينيات أوصت هيئة الصحة العالمية بإسقاط المصطلحين : الإدمان ، والتعود ، على أن يحل محلهما معاً

مصطلح جديد هو الاعتماد .

**٢ - الاعتماد Dependence :**

حالة نفسية ، وأحياناً تكون عضوية كذلك ، تنتج عن التفاعل بين كائن حي ومادة نفسية : وتتسم هذه الحالة بصدور استجابات أو سلوكيات تحتوي دائماً على عنصر الرغبة القاهرة في أن يتعاطى الكائن مادة نفسية معينة على أساس مستمر أو دوري ( أي من حين لآخر ) ، وذلك لكي يَخْبُرَ الكائن آثارها النفسية ، وأحياناً لكي يتحاشى المتاعب المترتبة على افتقادها . وقد يصحبها تحمل أو لا يصاحبها . كما أن الشخص قد يعتمد على مادة أو أكثر ( مصطفى سويف ١٩٩٠ «أ» ، ص ١٢ ) .

وتحدد «الرابطة الأمريكية للطب النفسي» مصطلح «الاعتماد على مواد العقاقير والمخدرات» فيما يلي :

يعني مصطلح «الاعتماد على مواد العقاقير والمخدرات» في بعض الأحيان الاعتماد الكيميائي Chemical dependence الذي يحدد على أساس الاعتماد الفسيولوجي كما يتضح من التحمل (الإطاقة) Tolerance أو الانسحاب Withdrawal ، وفي أحيان أخرى يعرف الاعتماد على أساس ما يحدث من اختلال في التوظيف الاجتماعي والمهني الناتج عن الاستخدام المرضي والمتكرر لمادة العقار أو المخدر . وفي هذه الحالة قد تنشأ أعراض التحمل والانسحاب ولكنها لا تكون ضرورية .

أما الأنماط السلوكية والتأثيرات المرتبطة بالاعتماد على مادة العقار أو المخدر فتشمل تعاطي المادة لخفض أو تجنب أعراض الانسحاب ، أو تعاطي كميات أكبر أو

على فترة أطول مما هو مقصود ، أو الجهود غير الناجحة للتوقف عن التعاطي أو التحكم فيه ، أو تعويق الفرد في تحقيق التزاماته الأساسية في أداء دوره في العمل أو الدراسة أو المنزل ، أو الاستخدام المتكرر للعقار أو المخدر في مواقف يتعرض فيها الفرد لأخطار جسمية ( مثل مواقف قيادة السيارة ، أو تشغيل آلات ميكانيكية) ، أو الأسبقية والأفضلية التي يأخذها تعاطي العقار أو المخدر على الأنشطة المهمة الاجتماعية أو المهنية أو الترويحية . (مكتب الإنماء الاجتماعي ، ٢٠٠٠ ، ص ص ٦٨ - ٦٩) .

**٣ - الاعتماد النفسي Psychic Dependence :**

موقف يوجد فيه شعور بالرضا مع دافع نفسي يتطلب التعاطي المستمر أو الدوري لمادة نفسية بعينها لاستثارة المتعة ، أو لتحاشي المتاعب ، وتعتبر هذه الحالة النفسية هي أقوى العوامل التي ينطوي عليها التسمم المزمن بالمواد النفسية ، وفي بعض هذه المواد تكون هذه الحالة هي العامل الأوحد الذي ينطوي عليه الموقف (مصطفى سويف ، ١٩٩٦ ، ص ١٩) .

**٤ - الاعتماد العضوي Physical Dependence :**

حالة تكيفية عضوية تكشف عن نفسها بظهور اضطرابات عضوية شديدة في حالة انقطاع وجود مادة نفسية معينة ، أو في حالة معاكسة تأثيرها نتيجة لتناول الشخص أو الكائن عقاراً مضاداً . وتتكون الاضطرابات المشار إليها (وتسمى أعراض الانسحاب ) من مجموعة من الأعراض والعلامات ذات الطبيعة العضوية والنفسية التي تختص بها كل فئة من المواد النفسية دون غيرها . ويمكن التخلص من

هذه الأعراض والعلامات بعودة الشخص أو الكائن إلى تناول المادة النفسية ذاتها ، أو مادة أخرى ذات تأثير فارماكولوجي مماثل داخل الفئة نفسها التي تنتمي إليها المادة النفسية الأصلية .

ويعتبر الاعتماد العضوي عاملاً قوياً في دعم الاعتماد النفسي وتأثيره في الاستمرار في تعاطي المادة النفسية ، أو في الانتكاس Relapse إلى تعاطيها بعد محاولات الانسحاب Withdrawal . (انظر : مصطفى سويف ، ١٩٩٦ ، ص ص١٩-٢٠ ؛ مصري حنورة ١٩٩٣ ، ص ٢٤ ) .

**٥ - العقاقير أو المواد المؤثرة نفسياً Psychoactive Substance :**

أي عقار ( سواء أكان منشطاً ، أم مهبطاً ، أم مهدئاً ) يكون له تأثير على العمليات النفسية كالتفكير أو الحالة المزاجية أو العمليات النزوعية . وقد شاع استخدام هذا المصطلح منذ منتصف الخمسينيات في الوقت الذي بدأت فيه تباشير الثورة الكيميائية التي أدت إلى ظهور العديد من العقاقير المؤثرة في المراكز العليا للجهاز العصبي المركزي ، وازداد استخدام المصطلح شيوعاً بعد صدور اتفاقية فيينا لسنة ١٩٧١ المعروفة باسم «اتفاقية بشأن المواد النفسية لسنة ١٩٧١» .

ولا يقتصر استعمال المصطلح على المواد المركبة كيميائياً أو المعروفة باسم المخلقات فحسب ، ولكن يستخدم ليشمل كذلك المواد ذات الأصول النباتية كالقنب ومشتقات الأفيون والكوكايين . ويفضل استخدام هذا المصطلح على مصطلح «المخدرات» ، لأن كلمة المخدرات في صيغتها العربية تشير إلى ما يؤثر تأثيراً مهبطاً في الجهاز العصبي المركزي ، في حين أن مصطلح «المواد النفسية» يشمل

كـلا مـن المـواد المهبطـة ، والمواد المنشطة عـلى السـواء (مصطفى سـويف ١٩٩٠ ، ص ص ٩-١٠) . وقـد ورد في لسـان العـرب أن الخـدر من الشـرب والدواء : فتـور يعتري الشارب وضعف . . . وخدر كأنه . . . ناعس ، والخادر : الفاتر الكسلان .

### ٦- الاعتماد العقاقيري Drug Dependence :

المواد المحدثة للاعتماد هي مواد تتوافر فيها القدرة على التفاعل مع الكائن الحي فتحدث حالة اعتماد نفسي أو عضـوي أو كليهما معاً . وقد تتناول هذه المادة النفسية في سياق طبي أو غير طبي دون أن يترتب على ذلك بالضـرورة حدوث الاعتمـاد ، ولكن بمجـرد نشـوء حـالة اعتـماد فسـوف تختلـف خصـائصـهـا باختـلاف فئـة المادة النفسية المعينة . فبعض المواد بما في ذلك المادة الموجودة في القهوة والشاي كفيلة بأن تحدث اعتماداً بمعنى عـام أو متسع جداً . ومثل هذه الحالة ليست ضـارة بالضرورة . ولكن هناك فئات أخرى من المواد التي تؤثر في الجهـاز العصبي المركزي تأثيراً منشطاً ومُـهـبطاً ، أو تحـدث اضطـراباً في الإدراك ، أو في المزاج ، أو في التـفكيـر ، أو في الحـركة ، ويعـرف عن هذه المواد عـمـوماً أنهـا إذا استـخدمت في سيـاق بعينه فإنـهـا تكون كـفيلة بإحـداث مشكلات ذات طبيعـة فردية وعـامة في آن معاً ، هذه الفئـات من المواد من شأنها أن تحدث أقداراً كبيرة من الاعتماد .

**وفيما يلي حصر بفئات هذه المواد :**

- فئة الكحوليات : وتشمل جميع المشروبات الكحولية .
- فئـة الأمـفيـتـامينـات : مثل الأمـفتـامين ، والـدكسامـفيـتـامين ، والميتـامفـتـامين ، والميثايلفينايديت ، والفينميترازين .

- فئة الباربيتورات : مثل البابيتورات (خاصة ذات التأثير قصير المدى ومتوسط المدى) .
- فئة القنبيات : مثل مستحضرات القنب ، بما في ذلك الماريوانا (كما هو معروف في الغرب) ، والبانج والجانجا والكاراس (كما هو معروف في الهند) والكيف (كما هو معروف في الشمال الأفريقي) ، والحشيش (كما هو معروف في مصر) .
- فئة الكوكايين : وتشمل الكوكايين ، وأوراق الكوكا ، والكراك .
- فئة المهلوسات : (أي محدثات الهلوسة) : مثل الليسيرجايد (المعروف باسم LSD) والمسكالين .
- فئة القات .
- فئة الأفيونيات (أو المورفينات) : مثل الأفيون ، والمورفين ، والهيروين ، والكودايين ، وبعض العقاقير المخلقة ذات الآثار الشبيهة بآثار المورفين ، والميثادون ، والبيثيدين .
- فئة المواد الطيارة (الاستنشاقية) : مثل الأسيتون ، والجازولين ، وبعض المواد المستخدمة في التخدير مثل الإثير ، والكلوروفورم .
- فئة الطباق (النيكوتين) .
- فئة البن والشاي (الكفايين) . (مصطفى سويف ، ١٩٩٦ ، ص ص ٢٠-٢٢ ؛ عبدالحليم محمود السيد وآخرون ، ١٩٩١) .

**٧ - التحمل Tolerance :**

تغير عضوي (فيزيولوجي) يتجه نحو زيادة جرعة مادة محدثة للإدمان

بهدف الحصول على نفس الأثر الذي أمكن تحصيله من قبل بجرعة أقل (Arif & Westermeyer, 1988) ، ويمكن أن يحدث التحمل بفعل عوامل فيزيولوجية أو عوامل نفسية اجتماعية ، وقد يكون التحمل عضوياً ، أو سلوكياً . والتحمل العضوي (الفزيولوجي) عبارة عن تغير في الخلايا المستقبلية بحيث يتضاءل أثر جرعة المادة المعطاة حتى مع بقاء هذه الخلايا معرضة لنفس تركيز المادة . ويقصد بالتحمل السلوكي تغير في تأثير المادة المعطاة ينجم عن تغير في بعض قيود البيئة . ويشار بالتحمل العكسي إلى تغير يصحبه زيادة الاستجابة لنفس الجرعة من المادة المعطاة ( مصطفى سويف ، ١٩٩٦ ، ص ٢٣) .

**٨- سوء استخدام العقار Drug Abuse :**

يشيع بين كثير من الكتاب العرب أن يستخدموا في هذا الصدد تعبير «سوء استعمال المخدرات» ، وهذه العبارة ترجمة حرفية للكلمة الإنجليزية .Abuse ومع ذلك فاللغة العربية تغنينا عن ذلك . فقد ورد في «لسان العرب» لابن منظور ما نصه : «والتعاطي تناول ما لا يَحِقُّ ولا يجوز تناوله» . وبناء على ذلك نقول تناول فلان الدواء ، ولكنه تعاطي المخدر .

ويشار بالمصطلح إلى التناول المتكرر لمادة نفسية بحيث تؤدي آثارها إلى الإضرار بمتعاطيها ، أو ينجم الضرر عن النتائج الاجتماعية أو الاقتصادية المترتبة على التعاطي ، ولا يستتبع التعاطي بالضرورة نشوء الاعتماد أو التحمل . ( المرجع السابق ص ص ٢٤-٢٥) .

وتحدد «الرابطة الأمريكية للطب النفسي» مصطلح سوء الاستخدام لمادة

العقار/ المخدر Substance abuse وظيفياً فيما يلي :

يعني «سوء الاستخدام» اختلالاً في التوظيف الاجتماعي والمهني ناتجاً عن الاستخدام المرضي و«القهري» لمادة من مواد العقاقير/ المخدرات . ويرتبط هذا المفهوم ارتباطاً وثيقاً بتعريف «الاعتماد على تعاطي مادة العقار / المخدر» Substance dependence الذي يبدو في أعراض مماثلة من الاختلال ، ولكنه قد يتضمن دلائل من التحمل الفسيولوجي Physical tolerance أو الانسحاب Withdrawal . وتشمل الأعراض المميزة لسوء الاستخدام الفشل في القيام بالالتزامات الرئيسية في أداء الفرد لدوره في العمل أو المدرسة أو المنزل ، والاستخدام المتكرر لمادة العقار أو المخدر في مواقف يؤدي فيها ذلك الاستخدام إلى تعرض الفرد لأخطار من الناحية الجسمية ، والتورط في مشكلات قانونية متعلقة باستخدام مادة العقار أو المخدر ، والاستخدام المستمر لمادة العقار أو المخدر على الرغم مما تسببه من مشكلات في العلاقات بين الأشخاص أو تفاقم تلك المشكلات .

والواقع إن مفهوم «سوء الاستخدام» كان موضوعا لجدل كبير بين العلماء والباحثين لما قد ينطوي عليه من بعض الغموض ، وهو أمر دعا إلى عقد حلقة نقاشية من الخبراء في هذا الميدان ، صدر عنها دليل اتفق فيه على تحديد مصطلح «سوء الاستخدام» كما يلي :

يعني سوء الاستخدام أي استخدام للعقاقير/ المخدرات من شأنه أن يسبب أذى أو ضرراً جسمياً ، أو نفسياً ، أو اقتصادياً ، أو قانونياً ، أو اجتماعياً للفرد المستخدم لمادة العقار/ المخدر أو لأفراد آخرين يتأثرون من سلوك هذا الفرد المستخدم لمادة

العقار / المخدر . (مكتب الإنماء الاجتماعي ، ٢٠٠٠ ، ص ص ٦٠-٦١) .

**٩- التعاطي غير الطبي Non Medical Use :**

يقصد به تناول أي مادة نفسية لغير غرض طبي ، وبغير إذن طبي . وفي كثير من المادة العلمية المنشورة عن المخدرات أو المواد النفسية يسود التوحيد بين التعاطي غير الطبي و «سوء استعمال المخدرات» (مصطفى سويف ، ١٩٩٠«أ» ، ص ١٠) .

**١٠- التعاطي التجريبي (أو الاستكشافي) Experimental Use or Abuse :**

عملية تعاطي المواد النفسية في أول عهد المتعاطي بها ، وهو بَعْدُ في مرحلة تجريبها لاستكشاف أحواله معها ، حتى يترتب على ذلك الاستمرار في تعاطيها ، أو الانقطاع عن التعاطي (مصطفى سويف ، ١٩٩٦ ، ص ٢٥) .

**١١ - التعاطي المتقطع أو (بالمناسبة) Occasional Use :**

عملية تعاطي المواد النفسية كلما حانت مناسبة اجتماعية تدعو إلى ذلك .

ومن أمثلة ذلك المناسبات الاجتماعية السعيدة ، كالحفلات والأفراح (المرجع السابق ، ص ٢٥) .

**١٢ - التعاطي المنتظم Regular Use :**

عملية التعاطي المتواصل لمادة نفسية بعينها على فترات منتظمة ، ويجري توقيتها بحسب إيقاع داخلي ( سيكوفيزيولوجي ) لا على حسب مناسبات خارجية ( اجتماعية) (المرجع السابق ، ص ٢٥) .

### ١٣ - التعاطي المتعدد للمواد النفسية Multiple Drug Use :

يقصد به تعاطي الفرد عدداً من المواد النفسية ، بدلاً من الاقتصار على مادة واحدة (المرجع السابق ، ص ٢٦) .

### ١٤ ـ أنماط التعاطي Patterns of Use :

تحدد هيئة الصحة العالمية نمط التعاطي على أنه وصف التعاطي غير الطبي ، من حيث نوع المادة أو المواد النفسية المتعاطاة ، والجرعة ، وعدد المرات في وحدة زمنية معينة ، ومدة التعاطي ، والطريقة التي يتم بها (مثلاً البلع ، أو الاستنشاق ، أو الحقن في الوريد أو في العضل) ، والظروف المحيطة بالتعاطي . وقد يتغير النمط لدى المتعاطي من فترة لأخرى ؛ لذلك يجب تحديد الفترة التي اقترن بها النمط . وتأمل هيئة الصحة العالمية بهذا التقنين لأبعاد نمط التعاطي أن تضفي درجة من الموضوعية والتكميم على وصف ظاهرة التعاطي مما سيكون له أثره على نمو البحث العلمي والخدمات في هذا الميدان (مصطفى سويف ، ١٩٩٠ «أ» ، ص ١٢) .

## ثانيا : الاتجاهات نحو تعاطي المواد المؤثرة في الأعصاب .

على الرغم من أهمية مفهوم الاتجاه وكثرة تداوله بين الباحثين فإنه لا يوجد اتفاق تام على معنى واحد يعترف به جميع العاملين في الميدان حول هذا المفهوم .

وقد تبين أن هناك كثيراً من وجهات النظر المتباينة حول طبيعة مفهوم الاتجاه ومكوناته . حيث كشف أجزين وفيشيباين في مراجعتهما للتعريفات المختلفة التي قدمها الباحثون لمفهوم الاتجاه ، أنها متباينة عن بعضها البعض . كما تبين لهما أنه في ٧٠٪ من ٢٠٠ دراسة تم تعريف مفهوم الاتجاه بأكثر من

معنى (Ajzen & Fishbein, 1980) ، وهذا ما أكده «ماكجوير» عند تناوله لمفهوم الاتجاهات وكيفية تغييرها (McGuire, 1985) .

ونحن لن ندخل في تفاصيل هذا التباين حول استخدام مفهوم الاتجاه ونحاول أن نركز قدر الإمكان على أوجه التشابه والاتفاق بين التعريفات المختلفة لهذا المفهوم ؛ فقد تبين أنه يمكن تقسيم الجهود النظرية التي قدمت في هذا الشأن إلى توجهين رئيسيين :

**التوجه الأول** : ويشير إلى التعامل مع مفهوم الاتجاه في ضوء مكوناته الثلاثة (المعرفي ، الوجداني ، السلوكي) . ويفترض أصحاب هذا التوجه أن الاتجاه عبارة عن نسق أو تنظيم لمشاعر الفرد ومعارفه وسلوكه ، وأن هناك تأثيرًا متبادلاً بين هذه المكونات الثلاثة .

**التوجه الثاني** : التعامل مع المكونات الثلاثة للاتجاه بشكل مستقل . ويرى أصحاب هذا التوجه أننا لسنا في حاجة إلى تأكيد العلاقة بين مكونات الاتجاه ، ولكننا في حاجة إلى التعامل مع كل من هذه المكونات بشكل مستقل عن الآخر . وفي ضوء ذلك انقسمت تعريفات الاتجاه إلى ثلاث فئات : الأولى ، تعاملت مع مفهوم الاتجاه في ضوء المكون المعرفي بما يتضمنه من معارف وأفكار وتصورات ، أما الفئة الثانية فركزت على المكون الوجداني حيث المشاعر والأحاسيس ، باعتبارها تمثل لب الاتجاه ، أما الفئة الثالثة والأخيرة فتعامل أصحابها مع مفهوم الاتجاه في ضوء المكون السلوكي بما يشتمل عليه من تصرفات وأفعال ، وما يعرف بالقصد Intention أونية السلوك (عبد اللطيف خليفة ، عبد المنعم شحاته ، ١٩٩٤ ، ص ص ٩ - ١٤) .

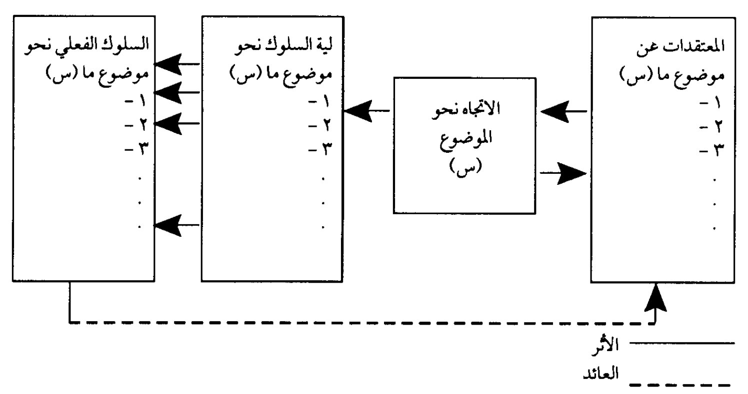
وقد ترتب على استخدام الاتجاه في ضوء هذا التوجه الأخير بفئاته الثلاث عدة مشكلات كان من أبرزها مشكلة التناقض بين المكونات الثلاثة للاتجاه ومن ثم التقليل من أهمية مفهوم الاتجاه .

وظهرت مشكلة التناقض ، وتفاقمت أمام الباحثين بعد أن نشر ويكر (Wicker, 1969) دراسته المهمة في هذا الشأن ، والتي قام فيها بمراجعة عشرات البحوث حول علاقة الاتجاه بالسلوك العلني . والتي كشفت معظمها إما عن عدم وجود علاقة ، أو أن هناك علاقة ضعيفة جداً بينهما . وفي الفترة من ١٩٥٠ - ١٩٧٠ ، نمى في عقول العديد من علماء النفس الاجتماعي فكرة ضعف العلاقة بين الاتجاهات والسلوك الصريح ، وأن الاتجاهات والقيم ليست منبئة بالسلوك . وتزايد هذا التوجه الرافض للعلاقة بين الاتجاهات والسلوك في السنوات التالية ، حيث أجريت العديد من المسوح والمراجعات في هذا الشأن ، ومنها المراجعة التي قام بها أجزين وفيشباين (Aizen & Fishbein, 1977) لحوالي (١٤٢) دراسة ، كما قام بننجهاوس Benninghaus في نهاية الثمانينيات بمراجعة حوالي (٥٧) دراسة (Hill, 1990 p.351) ، وكشفت هذه المراجعات عن علاقة ضعيفة بين الاتجاهات والسلوك .

ولوحظ على هذه المراجعات أن نتائجها غير دقيقة ، وذلك نظراً لعدة عوامل ، منها أن هناك تبايناً كبيراً فيما بينها حول طبيعة الموضوعات التي تناولتها ، وكذلك اختلاف التعريفات الإجرائية للمفاهيم التي اعتمدت عليها الدراسات السابقة حول علاقة الاتجاه بالسلوك ، كما أن هناك تبايناً واضحاً فيما بينها حول محكات أو معايير تقدير السلوك .

وفي نهاية الثمانينيات وأوائل التسعينيات تبين للباحثين في هذا المجال أن هناك العديد من الظروف والعوامل التي يجب أخذها في الاعتبار للوقوف على طبيعة العلاقة بين الاتجاهات والقيم من جهة وبين السلوك من جهة أخرى ، ومنها ما أشار إليه إيجلي وزميله ( Eagly & Chaiken, 1993 ) بمعيار الفعل المتعدد Multipl-Act Criteria ، حيث ضرورة قياس الاتجاه من خلال العديد من السلوكيات والأفعال النوعية ، وأن نأخذ في الحسبان الفترة الزمنية والسياق الذي تدرس فيه العلاقة بين الاتجاه والسلوك ، كذلك يجب تحديد الهدف Target أو موضوع الاتجاه بشكل دقيق .

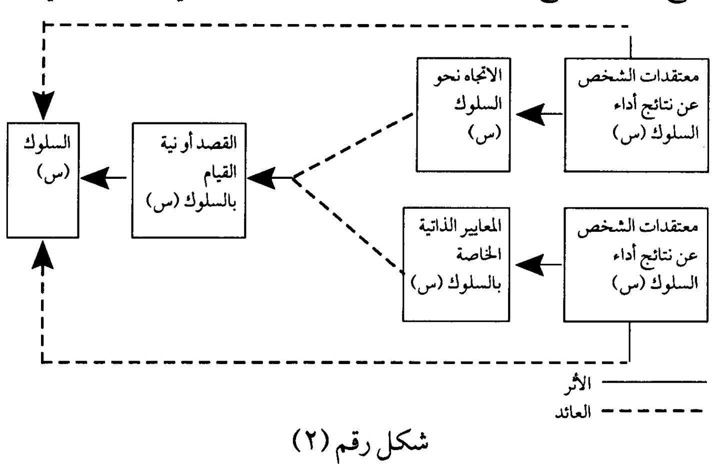
وفي ضوء ذلك اتجه بعض الباحثين نحو تقديم النماذج والإطارات النظرية المفسرة للعلاقة المركبة بين الاتجاهات من ناحية والسلوك من ناحية أخرى ، وكان من أهم هذه النماذج والنظريات نموذج الفعل المسوَّغ عقليا : The Reasoned Action Model والذي قدمه «فيشباين وأجزين» لتفسير العلاقة بين كل من المعتقدات والاتجاهات والمقاصد السلوكية Behavioral Intentions والسلوك الفعلي نحو موضوع معين ، كما هو موضح في الشكل التالي :




شكل رقم (١)

يبين تصور «فيشباين وأجزين» للعلاقة بين المعتقدات والاتجاهات والنوايا السلوكية والسلوك الفعلي(Fishbein & Ajzen, 1975)

أما نموذج الفعل المسوغ عقلياً لعلاقة الاتجاه بالسلوك فيتمثل في الشكل التالي :




شكل رقم (٢)

يبين نموذج الفعل المسوغ عقلياً لعلاقة الاتجاه بالسلوك (Fishbein & Ajzen, 1975)

ويفترض نموذج «فيشباين وأجزين» أن معتقدات الشخص حول موضوع ما تؤثر في اتجاهه نحوه ، وأن الاتجاهات تؤثر في مقصد أو نية(*) السلوك Intention نحو هذا الموضوع ، وأن نية السلوك تؤثر في سلوك الشخص الفعلي نحو الموضوع .

ويتضمن هذا النموذج الجوانب الثلاثة الآتية :

١ - يمكن التنبؤ بسلوك الشخص من خلال النية أو القصد .

٢ - يمكن التنبؤ بالمقاصد السلوكية من خلال متغيرين رئيسيين هما :

أ - اتجاه الشخص نحو السلوك (إيجابي أو سلبي) .

ب - إدراك الشخص لاتجاه الآخرين نحو هذا السلوك .

٣ - يمكن التنبؤ بالاتجاه نحو السلوك من خلال استخدام إطار توقع القيمة Expectancy Value Frame Work ، فالاتجاهات تتشكل وفقاً لكل من النتائج المتوقعة من السلوك ، ومؤشر المعيار الذاتي Subjective Norm أو تقويم الشخص للسلوك في ضوء معتقداته عن تفضيل الآخرين لهذا السلوك .

وفي ضوء ذلك فإن أداء الفرد لسلوك معين أو عدم أدائه يرتبط بمعتقداته الشخصية بمترتبات القيام بهذا السلوك ، ومعتقداته بنظرة الآخرين لهذا الأداء ، وكذلك دافعية الفرد كمال هذا الأداء .

---

(*) نوى : بعد ، والأمر نية : قصده وعزم عليه ، وانتوى الأمر : نواه وقصده ، والنوى : البعد ، النية : قصد النفس إلى العمل (مجمع اللغة العربية ، ١٩٩٠ ، ص ٦٤١) . وقصد (الطريق) قصداً : استقام ، وله ، وإليه :توجه إليه عامداً (المرجع السابق) .

وقال رسول الله (صلى الله عليه وسلم) : «إنما الأعمال بالنيات وإنما لكل امرىء ما نوى» .

هذا ويفسر «فيشباين وأجزين» السلوك في ضوء مستويات متدرجة :

- فعلى المستوى الأكثر عمومية يفترض أن النية تحدد السلوك .
- وفي المستوى الثاني تفسر هذه النيات أو المقاصد ذاتها في ضوء الاتجاهات نحو موضوع السلوك والمعايير الذاتية .
- وفي المستوى الثالث يتم تفسير السلوك والمعايير الذاتية في ضوء المعتقدات بمترتبات أداء السلوك بالتوقعات المعيارية .
- وعلى المستوى الرابع نفسر سلوك الفرد بإرجاعه إلى معتقداته التي تمثل معلوماته (صحيحة أو خاطئة) (انظر : عبد اللطيف خليفة ، عبد المنعم شحاته ، ١٩٩٤ ، ص ٢٧) .

ونظرًا للانتقادات التي وجهت لهذا النموذج ، أعاد «أجزين» عام ١٩٨٥ صياغته تحت عنوان نظرية السلوك المخطط Theory of Planned Behavior والتي تعد أكثر شمولاً من النموذج الأول ، حيث تركز نموذج الفعل المسوَّغ عقلياً على السلوك الإرادي أو الاختياري Volitional Behavior ، في حين أخذت نظرية السلوك المخطط في الحسبان السلوكيات التي لا تقع تحت السيطرة الإرادية (Ajzen, 1991) فالمقاصد أو النيات Intentions لأداء سلوك ما تعتمد في جزء منها على مقدار التحكم أو السيطرة على هذا السلوك . وبوجه عام فإن نظرية السلوك المخطط ركزت على التعامل مع الفعل في ضوء خطط معينة Plans (انظر : عبد اللطيف خليفة ؛ عبد المنعم شحاته ، ١٩٩٤ ، ص ٢٣٤) . ويختلف مدى سيطرة أو تحكم الفرد في السلوك باختلاف طبيعة هذا السلوك ، فقد يكون هذا السلوك بسيطاً أو محدداً للغاية (كإلقاء التحية على شخص ما) أو سلوك معقد ومركب له هدف

سلوكي ( كأن يصبح الفرد عضواً في مجلس الشيوخ) (Eagly & Chaiken, 1993) .

وعلى الرغم من أهمية هذه النظرية في إلقاء الضوء على قرار الفرد ببدء التعاطي أو الاستمرار فيه ، أو الإحجام عنه ، أو الإقلاع عنه . . الخ . على الرغم من ذلك فإن هناك عدة مآخذ لوحظت عليها ، ومنها أنها لم تراع أن المتعاطين يولون اهتمامات للنتائج الإيجابية للمواد التي يتعاطونها ، في حين يعطي غير المتعاطي أهمية للنتائج السلبية ، كما أهملت نظرية الفعل المسوَّغ عقلياً السلوك والخبرات السابقة المؤثرة في نية الأفراد نحو سلوك التعاطي(Eiser et al., 1989) ، فهناك عدة مراحل يمر بها المتعاطي حتى يصبح معتمدا ، وتتمثل في التهيؤ ، ثم النية للتجريب ، يلي ذلك مباشرة التجريب ، ثم بدء التعاطي والاستمرار فيه ، ثم الرغبة في الإقلاع عنه ، وفي نهاية المطاف نجد المحاولة الفعلية للإقلاع أو الامتناع عنه (عبدالمنعم شحاته محمود ، ١٩٨٨) .

كما أنه يجب أن يؤخذ في الاعتبار نسق معتقدات المدخنين مثلا نحو المخدرات الأخرى ، وخاصة أنه قد تبين أن نسق معتقدات المدخنين نحو المخدرات الأخرى يتميز بالآتي :

١ - زيادة الاعتقاد بفائدة هذه المخدرات .

٢ - نقص الاعتقاد بمضار هذه المخدرات وآثارها السلبية .

٣ - زيادة الاعتقاد بعدم وجود أضرار من تعاطي هذه المخدرات .

وهذا يجعلنا بصدد نسق متماسك من المعتقدات والتصورات يقف وراء سلوك التعاطي ، ومن ثم فإن أي مواجهة للوقاية أو العلاج لابد أن تشكل هذا النسق

وتحوله إلى نسق يشبه نسق غير المتعاطين ( انظر : عبد الحليم محمود السيد وآخرون ، ١٩٩١ ، ص ٣١٣) . وقد تبين مدى أهمية هذه المعتقدات ودورها في تحديد سلوكيات الأفراد ، فكان المدخنون - كما أوضحت نتائج البحوث - أكثر تعاطياً للمخدرات الأخرى ، بالمقارنة بغير المدخنين .

كما أشار «جروب وزملاؤه» إلى أنه يجب أن يُقدَّم للشباب عائد اجتماعى Social Feedback أو معلومات واقعية لكي تتم مقاومة المعتقدات التي توجد لدى هؤلاء الشباب حول بعض المترتبات الاجتماعية والفسيولوجية الإيجابية للتدخين ، كما يجب أن تتضمن البرامج الوقائية معلومات عن الآثار السلبية المباشر للتدخين مثل زيادة ضغط الدم ، وصعوبة التنفس ، وارتفاع مستوى ثاني أكسيد الكربون في الدم . . إلخ ، (Grube et al., 1986) .

وفي ضوء ذلك يتضح مدى أهمية نظرية التنافر المعرفي Cognitive Dissonance Theory التي قدمها ليون فستنجر L. Fertinger ، وترجع حالة عدم الاتساق أو التناقض بين اتجاهات الفرد وسلوكه إلى أنه اتخذ قراراه دون ترو ، ودون معرفة النتائج المترتبة على اتجاهاته ؛ فقد يدخن الشخص ويعطي التدخين أهمية كبيرة على الرغم من أنه يكرهه ولديه اتجاه سلبي نحوه ، وهذا ما أطلق عليه فستنجر التناقض المعرفي (Festinger, 1957) .

وحول أهمية الاتجاهات من حيث كونها أحد العوامل الأساسية المؤدية إلى تعاطي الفرد للمواد المؤثرة في الأعصاب والاعتماد عليها ، قام «مصرى حنوره» بدراسة اتجاهات عينة من طلاب الجامعة حجمها (٢٦٠) طالباً وطالبة ، نحو تعاطي

المخدرات ، واستخدم الباحث مقياساً يتكون من ١٦ بنداً لتحديد اتجاه الطالب نحو تعاطي المخدرات ، وأسفرت نتائج التحليل العاملي عن ثلاثة عوامل أو اتجاهات تتعلق بالتعاطي : أولها : اتجاه يرى أن التعاطي ضار ومحرم ، ومتشدد إلى أقصى حد في الاتجاه المضاد للتعاطي . ويتمثل الاتجاه الثاني في البحث عن المتعة والهرب من المشاكل ، وهو اتجاه إيجابي مع التعاطي . وأما الاتجاه الثالث فهو اتجاه متسامح مع التعاطي بين الطلاب . واستخلص الباحث من هذه النتائج أن الاتجاه العام يشير إلى أن الطلاب يؤمنون بأن التعاطي عادة سيئة ، وأنه ضار صحياً ، وأوصى بضرورة التركيز على هذا الاتجاه ، وتنميته لدى الشباب عندما نكون بصدد تطوير برنامج للوقاية من تعاطي المخدرات (مصرى حنورة ، ١٩٩٣ ، ص ص ٣٥ - ٤١) .

ويتضح لنا مدى أهمية الاتجاهات من حيث كونها أحد العوامل المسؤولة عن تعاطي المخدرات في ضوء ما كشفت عنه البحوث التي أجريت في مجال التعاطي ، والتي أوضحت نتائجها أن المصادر المسؤولة عن تعاطي المخدرات تتلخص في خمسة جوانب هي : المعتقدات والآراء الشخصية حول المخدرات ، واتجاهات الفرد أو مدى تقبله أو رفضه لهذه المخدرات ، ومدى التعرض لثقافة المخدرات عن طريق السماع أو الرؤية عبر قنوات الاتصال المختلفة ، ووجود نموذج يتعاطى من الأصدقاء أو الزملاء أو الأقارب ، هذا بالإضافة إلى دور الجماعات الخطرة أو الهشة Risk' Groups بالنسبة للفرد ( مصطفى سويف وآخرون ، ١٩٨٧ ؛ مصرى حنورة ، ١٩٩٣ ؛ عبد اللطيف خليفة ، ١٩٩١ ؛ معتز عبد الله ١٩٩١ ؛ عبد الحليم محمود السيد ، ١٩٩١ .Villatoro, et al., 1998; Thomas, 1996,) .

وحول أهمية اتجاهات الفرد من حيث كونها أحد المصادر المسؤولة عن إقدام

الفرد أو إحجامه عن التعاطي تحدث «مصطفى سويف» عن أيديولوجية تعاطي المواد المخدرة ، موضحاً أنه من الأمور المهمة التي تلقي ضوءاً على منشأ التعاطي ، الأفكار والمعتقدات الشائعة لدى الأفراد حول تأثير المواد المخدرة في الحالة النفسية لهم ، والظروف النفسية الاجتماعية المرتبطة بالتعاطي . وأن ثمة عدداً من هذه الظروف في المدى القصير أو الطويل قد يعوق التعاطي أو ييسره (مصطفى سويف وآخرون ، ١٩٨٧ ، ص ٣٧) .

ومن الأهمية بمكان أن ننظر إلى هذه النتيجة المرتبطة بأيديولوجية تعاطي المخدرات بدرجة كبيرة من الأهمية ؛ نظراً لأن اعتقادات الفرد نحو جوانب عالمه الاجتماعي تساعده على التنبؤ بسلوكه المتصل بهذه الجوانب بدرجة كبيرة من الصدق ؛ ولذلك فان عرض المعلومات المتصلة بهذه النواحي سيكون لها أثرها في الأسلوب الذي يمكن أن يتبعه المسؤولون عن صنع أو اتخاذ القرارات الخاصة بتنظيم طرق التصرف حيال سلوك تعاطي المخدرات بوجه عام (مصطفى سويف ، ١٩٧٩ ، ص ٤٢٩ ، ترجمة عبد الحليم محمود السيد) .

هذا ويعرف الاعتقاد بأنه تنظيم ثابت نسبياً للإدراكات والمعارف المتصلة ببعض جوانب العالم الخاص للفرد ، أو هو نمط المعاني لمعرفة الفرد المتصلة بهذا الشيء . ويتسع مصطلح الاعتقاد ليشمل كلا من المعرفة Knwleclge والرأي Opinion والايمانFaith (Krech & Crutchfield, 1948 p.150) .

ويبدو أن آراء المتعاطين من الطلاب ومعتقداتهم هذه تدفعهم إلى تجريب التعاطي والإقبال عليه بعد ذلك ، وتحكم سلوكياتهم ازاء المناخ النفسي الاجتماعي المحرّض على التعاطي .

ويستخلص من ذلك أن العلاج النفسي الاجتماعي قد يكون في حالات كثيرة أجدى في علاج التعاطي والاعتماد من العلاج بالعقاقير الطبية . لأن الاعتماد أو الإدمان يميل إلى أن يكون انحرافا أو اضطرابا سلوكياً وشذوذاً في الشخصية الإنسانية أكثر من كونه مرضا عضوياً . وذلك بسبب الأفكار والمعتقدات والآراء الشخصية المرتبطة بالمخدرات وبتعاطيها . (محمد نجيب الصبوة ، ١٩٩١ ، ص ٢٤١) .

وهذا يجعلنا ننبه إلى ضرورة إعادة النظر في النموذج الطبي Medical Model واستبداله بالنموذج النفسي الاجتماعي Psycho Social Model ، وذلك لأسباب عديدة أهمها أن النموذج الطبي ينظر إلى التعاطي على أنه مرض ، وأن أسبابه داخلية ، وأن الاعتماد أساسه عدم وجود توازن كيميائي لدى الشخص المدمن . ولكن تبين أن هذا النموذج الطبي لا يلائم فهم مشكلات الاعتماد على المخدرات ؛ نظراً لأن الإصابة بأي مرض تعتمد على ثلاثة عوامل هي : الظروف السابقة التي ينظر إليها على أنها مثيرات للظاهرة ، والإنسان ، والظروف المحيطة بالإنسان . أما في حالة التعاطي والاعتماد فبالإضافة إلى وجود المخدر ، ووجود الشخص ، ووجود الظروف المحيطة ، يوجد عامل مهم وهو سلوك البحث عن المخدر Drug Seeking ، وهو سلوك إرادي يتفاعل مع الظروف المحيطة (محمد نجيب الصبوة ، ١٩٩١ ، ص ٢٤٢) .

وبوجه عام يركز النموذج الطبي على مفهوم الانتشار الوبائي والبحث عن الأسباب الداخلية Etiology للمرض ، وعدم التوازن الكيميائي للشخص المتعاطي ؛ ولذلك فهو لا يكفي لفهم مشكلة تعاطي المخدرات ؛ لأنه لا يأخذ في

حسابه المتغيرات النفسية والاجتماعية ، بالإضافة إلى إغفاله لعامل الإرادة الواعية ، والتفاعل بين الشخص المتعاطي وظروف التعاطي .

**ثالثا : النظريات المفسرة للاعتماد على المواد المؤثرة في الأعصاب .**

لا يوجد سبب واحد يسوِّغ تعاطي المواد المؤثرة في الأعصاب والاعتماد عليها ، ولكن هناك عدة أسباب ذات أوزان متباينة نسبياً ، وتختلف طبقاً لعدة عوامل منها نوع المخدر ، والظروف الاجتماعية والنفسية المحيطة به . . . إلخ .

لذلك شاع في ميدان التعاطي والاعتماد عديد من النظريات والنماذج والمناحي المختلفة التي تسعى إلى فهم وتفسير طبيعة هذه الظاهرة . ويميل بعض الباحثين والخبراء في هذا المجال إلى تقسيم هذه النظريات والنماذج إلى ثلاث فئات هي : المناحي الوراثية والبيولوجية ، والمناحي الثقافية والاجتماعية ، والمناحي النفسية والسلوكية . ونعرض لهذه المناحي على النحو الآتي :-

**( ١ ) - المناحي الوراثية والبيولوجية المفسرة للاعتماد على المواد المؤثرة في الأعصاب**

تركز هذه المناحي على كل ما يتعلق بالجسم من عوامل وعمليات وراثية وفسيولوجية وكيميائية ، لدرجة أن البعض يغالي في تقدير أهمية هذه العوامل في تفسير الإدمان ، بقوله : إن الشخص المدمن «قد وُلد ليكون مدمناً» born that way (مكتب الإنماء الاجتماعي ، ٢٠٠٠ ، ص ٨٧) .

وقد توجه الاهتمام في العقدين الأخيرين بشكل خاص إلى البحث في المعطيات الوراثية Genetic endowment الكامنة وراء الإدمان ، وكذلك إلى البحث عن العلامات الحيوية (البيولوجية) من حيث كونها دلائل على الاستعداد

الـوراثي للتـعـاطي والإدمــان ، وقـد تبين أن الشـخص ذا التـاريخ العـائلي السـابق Family History للإدمـان الكحـولي ، قـد ينمو عنـده الإدمـان أكـثـر من الشـخص الـــذي لا يتصف بهذا التاريخ السابق ، على الرغم من أن البيانات المتوافرة في هذا الشأن قد تكون عرضه لسوء التفسير (المرجع السابق ، ص ٩٠) .

وفـي هـذا المجـال أجـريت العـديد من البـحـوث على التـوائم وتعـاطي المواد المؤثرة في الأعـصـاب ، إلاأن هناك تعـارضـاً بين نتـائج هذه الدراسـات ، فـبـينـمـا توصلت بعض الدراسات إلى أن التوائم المتطابقة Identical twins أكثر من التوائم الأخوية Fraterinal twins ، من حيث نمو الإدمان الكحولي وشدته ( Kaij, 1960 ) ، على الرغـم مـن ذلك فـإن هنـاك دراسـات أخـرى كـشـفت عـن عـدم وجـود فروق جوهرية بين التوائم المتماثلة والأخوية فيما يتعلق بالاعتماد على الكحوليات K(Murray et al., 1983) ونظراً للتبـاين في نتـائج دراسـات التـوائم فـإنه يصـعب الخروج بنتيجة عامة عن الحتمية الوراثية للإدمان .

ومن بين الدراسات التي لها صدى كبير وأجريت على إدمان الكحول سلسلة دراسـات دنماركـيـة أجـراها جـودوين Goodwin خـلال الفـتـرة من ١٩٧٦ حـتى ١٩٨٥ ، قارن فيها بين أربع مجموعات من أبناء مدمنى الكحول في بداية مرحلة الرشد ، وتتضمن هذه المجموعات :-

١ - أبناء مدمني الكحول الذين تم تربيتهم بالتبني على أيدي أباء غير مدمنين .
٢ - أبناء مدمني الكحول الذين تربوا على أيدي والديهم الحقيقيين . وكذلك بنات مدمني الكحول اللاتي تربين على أيدي والديهن الحقيقيين .
٣ - والدين بالتبني غير مدمنين .

٤ - والديهم الحقيقيين .

وكان لكل مجموعة من المجموعات الأربع مجموعة ضابطة تناظرها في العمر وحالة التبني ، ولقد انفصل الأطفال المتبنون عن والديهم الحقيقيين خلال الأسابيع القليلة الأولى من حياتهم ، وتبناهم أشخاص لا يمتون لهم بصلة قربى .

وتوصلت هذه الدراسات الموسعة إلى نتيجتين مهمتين عن أطفال مدمني الكحول :-

١ - بلغت احتمالية إدمان الكحول عند أبناء مدمني الكحول أربعة أمثالها لدى أبناء غير المدمنين ، سواء تربوا في منازل والديهم المدمنين ، أو في منازل الأشخاص غير المدمنين الذين تبنوهم .

٢ - لم يكن تأثير الوراثة عند بنات مدمني الكحول قويا مثلما كان عند الأولاد .

(من خلال : محمد السيد عبد الرحمن ، ٢٠٠٠ ، ص ص ٥٦ - ٥٧) .

وتشير نتائج الدراسات التي أجريت في مجال التبني إلى غلبة العامل الوراثي ، أي : أن الأبناء الذين ينحدرون من آباء مدمنين للكحوليات يزيد معدل انتشار الإدمان بينهم إلى نحو أربعة أمثال معدله بين الأبناء الذين ينحدرون من أباء غير مدمنين ( أنظر : مصطفى سويف ، ١٩٩٦ ، ص ٧٠) .

وبوجه عام ، لوحظ أن بحوث العوامل الوراثية في موضوع التعاطي والإدمان قد تركزت في إدمان الكحوليات ، أما البحوث التي تناولت إدمان سائر المواد النفسية فلا تزال قليلة نسبياً ، ولا يجوز تعميم النتائج التي تم التوصل إليها في مجال الكحوليات على إدمان سائر المواد الأخرى ، لما في ذلك التعميم من احتمالات الخطأ (مصطى سويف ، ١٩٩٦ ، ص ٦٧) .

### (٢) - المنحى الاجتماعي - الثقافي :

يرى أصحاب المنحي الاجتماعي الثقافي Socio - Cultural Approach أهمية التفسيرات الاجتماعية والثقافية للتعاطي ، والاعتماد على المواد المؤثرة في الأعصاب ، وذلك في ضوء الدور الذي يقوم به كل من الأسرة ، والأقران ، والبيئة الاجتماعية والثقافية المحيطة بالشخص المتعاطي .

وقد كشفت البحوث التي أجريت في هذا الشأن عن أهمية الظروف الأسرية التي ينشأ فيها الفرد ، والعلاقة بين الوالدين والأبناء . حيث تبين أن التوتر في المناخ الأسري والنبذ والإهمال والتباعد الانفعالي يرتبط بإقدام الأبناء على التعاطي والإدمان ، كما ارتبط غياب أحد الوالدين أو كلاهما بتعاطي المواد المؤثرة في الأعصاب ( مكتب الإنماء الاجتماعي ، ٢٠٠٠ ، ص ١٠٥) .

وحول دور الأسرة أوضح «هنت» ، أنه إذا كانت العلاقة بين الآباء والأبناء يسودها التسيب أو التفكك ازداد احتمال إقبال الأبناء على التعاطي ، فإذا كانت العلاقة تغلب عليها روح التسلط من جانب الآباء فالاحتمال أن يكون إقبال الأبناء على التعاطي متوسطاً ، وأما إذا كانت العلاقة ديمقراطية يسودها الحب والتفاهم ، فإن احتمال إقبال الأبناء على التعاطي تكون ضئيلة (Hunt, 1975) .

كما توصل «مصطفى سويف» إلى أن هناك ارتباطاً قوياً بين الإقدام على التعاطي والإقامة بعيداً عن الأسرة ( مصطفى سويف ، ١٩٩٦ ، ص ٨٨) .

والخلاصة أن الأسرة تقوم بدور مهم في تيسير اقدام الفرد على تعاطي المواد المؤثرة في الأعصاب ، أو تعويقه ، وهو ما كشف عنه العديد من البحوث العربية

والأجنبية ( أنظر منها : عبد الحليم محمود السيد ، وآخرون ، ١٩٩١ ؛ عبد اللطيف خليفة ، عويد المشعان ، ١٩٩٩ ؛ مصطفى سويف ، ١٩٩٠ «أ» ؛ (Daughton et al., 1997 ; Bachman et al., 1984) .

وفي هذا المجال تبين أيضاً أهمية مجتمع الأقران Peer Society ، وثقافة الأقران بالنسبة لتعاطي المواد المؤثرة في الأعصاب ، ففي هذه الجماعات يندمج الفرد في أسلوب حياتها ويتوحد معها ( مصطفى سويف وآخرون ، ١٩٨٧ ) .

كما يركز النموذج الثقافي على عوامل أخرى خارج الفرد في تفسير ظاهرة التعاطي والإدمان ، حيث تعتبر البيئة الاجتماعية عاملاً مسهماً في التعاطي والإدمان ، وذلك بما تشمله من متغيرات عديدة مثل الكثافة السكانية ، والعمر ، والمستوى الاجتماعي الاقتصادي ، والمهنة ، والمستوى التعليمي ، والقيم الدينية ، والمعتقدات والتقاليد ، وغير ذلك من المتغيرات التي تعتبر محددات ترتبط بالتعاطي والاعتماد على المواد المؤثرة في الأعصاب (مكتب الإنماء الاجتماعي ، ٢٠٠٠ ، ص١٠٦) .

**(٣) - التفسيرات النفسية والسلوكية للاعتماد على المواد المؤثرة في الأعصاب :**

تبين للباحثين أن الاعتماد على المواد المؤثرة في الأعصاب ليس نتيجة العوامل والعمليات البيولوجية والوراثية فقط ، ولكنه محصلة عدة عوامل وتفاعلات مركبة بين العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية والبيئية . وفي ضوء ذلك نحاول أن نلقى الضوء على الجوانب النفسية للظاهرة ، وذلك على النحو الآتي :

### ١ - نظريات الشخصية :

يرى جوسوب M. Gossop أنه كان لتفسير الإدمان من منظور الشخصية تأثير عميق على النظرة الكلينكية للعقاقير والمخدرات ولظاهرة الإدمان . ومن هذا المنظور طرح «نموذج اضطراب الشخصية» Personality disorder model من حيث كونه إطاراً تفسيرياً لإدمان العقاقير والمخدرات ، ويتضح هذا المنحى في «الدليل التشخيصي والإحصائي الثاني» "DSM-II" ، فالأشخاص الذين يصيرون مدمنين لديهم استعداد للإدمان بسبب خصائص شخصيتهم ، ويعتبر الإدمان ذاته عرضا من أعراض هذه المشكلة الكامنة (مكتب الإنماء الاجتماعي ، ٢٠٠٠ ، ص ٩٥) .

ويشير المؤيدون لهذا الاتجاه إلى أن الكثير من مدمني الكحول يشتركون في سلوكيات وخصائص شخصية معينة تميزهم عن غير المدمنين مثل الميول الاكتئابية والمضادة للمجتمع ، إلا أن البعض الآخر يرى هذه الخصائص على أنها نتيجة وليست سبباً ، ويعد تصنيف كسيل وولتون Kessel & Walton للشخصية المدمنة من أكثر التصنيفات شيوعاً ، ويتضمن ما يلي :-

أ - غير الناضج : الذي لا يستطيع الاعتماد على نفسه والاستقلال عن الأبوين ، ويعجز عن تكوين علاقات ثابتة وهادفة مع الآخرين .

ب - منغمس في الذات : الذي يصر على تحقيق ما يريده فوراً ، وإشباع رغباته في الحال ، ولا يستطيع الصبر أو التأجيل لينال ما يريد في وقت لاحق .

ج - المعتل جنسياً : يعاني من ضعف الدافع الجنسي أو الخجل الشديد من الجنس أو الشذوذ الجنسي .

د - المعاقب لذاته : تتكون هذه الشخصية نتيجة لأسلوب التربية الذي يعاقب

الطفل فيه عند إحساسه بالرغبة في التعبير عن الغضب في موقف يتطلب ذلك ، فيلجأ إلى الخمر أو المخدرات لتخفيف القلق حتى يعبر عن غضبه بطريقة عنيفة في بعض الأحيان .

هـ - الشخصية المكروبة : وهي شخصية قلقلة متوترة تلجأ للمسكرات والعقاقير لتسكين القلق ، وهو أمر الذي يؤدي تكراره إلى الإدمان (عادل الدمرداش : ١٩٨٢) .

وعلى الرغم من أن بعض العلماء مثل شير وترول Sher & Trull يرفضون فكرة الشخصية المدمنة ، فإنهما يؤمنان بأن عوامل الشخصية تلعب دوراً في الإصابة بإدمان الكحول أو ممارسة السلوك المضاد للمجتمع ، ويعتقد أنه ربما تكون نفس العوامل مسؤولة عن كلا الاضطرابين ، وربما يقصدان أو يرجعان ذلك إلى أبعاد سمات الشخصية واسعة النطاق brood-band Personality dimensions التي تتوسط العلاقة ما بين العوامل الوراثية والسلوك ( محمد السيد عبد الرحمن ، ٢٠٠٠ ، ص ص ٧٠ - ٧١ ) .

ويبرز في تضمين متغير الشخصية من حيث كونه مفهوم تفسيري للإدمان ثلاثة نماذج نظرية ، نوجزها في الآتي :

النموذج الأول : نموذج التحليل النفسي : Psychoanalytical Model ويرى ممثلوه أن أسباب التحول إلى تعاطي المخدرات قد تكون إما وجود إحباط خارجي أو كف داخلي ، وتلك حالات لا يجرؤ الفرد معها على أن يواجه (الأنا الأعلى) من دون تلك المساعدة المصطنعة Artificial help (وهي التعاطي) . ويفسر بعض علماء

التحليل النفسي أمثال «فينكل» الإدمان الكحولي على أنه عصاب اندفاعي Impulsive neurosis ناشئ عن ظروف أسرية صعبة أدت إلى نشوء احباطات فمية Oral Frustrations في الطفولة .

النموذج الثاني : نموذج الاعتمادية Model Dependence : يعزى هذا المنظور الإدمان إلى حالة من «صراع الاعتماد» مر بها الفرد في مرحلة مبكرة من الحياة . وقد تبين صحة ذلك من الدراسات عبر الحضارية التي أسفرت عن وجود علاقة بين أساليب تنشئة وتدريب الأطفال في العديد من المجتمعات وأساليب تعاطي المواد المؤثرة في الأعصاب في تلك المجتمعات .

النموذج الثالث : نموذج الحاجة إلى القوة Need for- Power Model : يميز هذا النموذج بين القوة الشخصية التي يستشعرها الفرد في ذاته Personalized Power وبين القوة الاجتماعية Social Power ، حيث يؤدي الإخفاق في تحقيق القوة الاجتماعية إلى خلق حالة تشبه القلق الذي يدفع الفرد إلى التعاطي لتحقيق إحساس بدائي مُشبْع نرجسياً بالقوة الشخصية ( مكتب الإنماء الاجتماعي ، ٢٠٠٠ ، ص ص ٩٦ - ٩٧) .

## ٢ - النظرية السلوكية :

تفترض النظرية السلوكية أن تعاطي الكحوليات والعقاقير وإدمانها سلوك يتعلمه الإنسان ، فالشخص الذي يشعر بالقلق أو التوتر ويتعاطي خمراً يحس بالهدوء والسكينة ، ويعتبر هذا الإحساس الأخير دعماً لتناول هذه المواد في المرات التالية ، ومع استمرار التعاطي يتعلم الشخص تناول المادة لتخفيف آثار الامتناع

المزعجة ( عادل الدمرداش : ١٩٨٢ ) ، ويحدد أنصار المدرسة السلوكية وجود عدة طرق وأساليب لتعلم السلوك الإدماني ، منها ما يأتي :-

أ - التعلم عن طريق الإشراط الكلاسيكي : تنطبق ميكانزمات الإشراط الكلاسيكي في تفسير الأعراض الشائعة ، مثل اشتهاء المخدر ، والتحمل ، أو الإطاقة ، حيث أجريت العديد من الدراسات التجريبية على مدمني الكحول والمورفين ، وأثبتت أن معدلات الاعتماد على المخدر التي تطورت عند إطاقة المخدر تقلل هذه الإطاقة إذا اختبرت تحت ظروف بيئية ترتبط بظروف تعاطي الكحول أو المخدر ، ولم تلاحظ عملية التحمل عندما يتم تعاطي المخدر في ظروف بيئية جديدة ، وقد تم تفسير هذه العملية من خلال نموذجين هما :-

النموذج الأول : نموذج استجابة الإشراط التعويضي Conditioned Compeneatory response model : وضعه سيجل Seigel حيث يرى أن المثيرات البيئية المرتبطة بتعاطي المخدرات تقترن بآثار المخدر في الجسم لإنتاج استجابة شرطية مناقضة أو مخالفة ، وتزداد استجابة التوازن الحيوي الإشراطي مع استمرار تعاطي المخدر ، ومن ثم تستمر تأثيرات المخدر في التناقص بينما يتزايد التحمل أو الإطاقة .

النموذج الثاني : نموذج دافعية الاشتهاء الإشراطي للمخدر : Conditional appetitive Motivational model : وضعه ستيورات وأخرون . Stewart et al. وطبقاً لهذا النموذج فإن المثيرات الشرطية المرتبطة بالآثار التعزيزية الموجبة للعقار مثل رائحة العقار ، وأصوات قدح الكؤوس ، والأضواء التي تزين المكان الذي يتم فيه تعاطي الخمر أو الحقن بالهيروين ، يمكن أن تصبح قادرة على استدعاء حالة الدافعية بنفس الدرجة التي يحدثها العقار ذاته ، وهذه الحالة تدفع بقوة واستمرار

إلى البحث عن العقار .

ب - التعلم عن طريق الإشراط الإجرائي Operant Conditioning : يهتم الإشراط الإجرائي بالآثار التي تعقب السلوك ، والفاصل الزمني الذي يفصل بين السلوك وأثاره . فمن المعروف أن تعاطي الكثير من المواد المخدرة يرتبط بالشعور بالنشوة والراحة بعد التعاطي بفترة قصيرة ، ولا تأتي النتائج السلبية والضارة إلا بعد فترة طويلة أو بعد الامتناع عن المخدر ، وهو ما يدفع المدمن إلى الاستمرار في التعاطي أو العودة بعد الإقلاع ( محمد السيد عبد الرحمن ، ٢٠٠٠ ، ص ص ٦٢٦٣) .

جـ - التعلم الاجتماعي Social Learning : تؤكد نظرية التعلم الاجتماعي أهمية العمليات الرمزية وعمليات المحاكاة والتنظيم الذاتي في السلوك الإنساني ، وأهمية المعرفة التي تؤدي دوراً رئيسياً في التعلم الإنساني ، وتقدم هذه النظرية لذلك تفسيراً لسلوكيات التعاطي والإدمان من منظور نفسي - اجتماعي .

والواقع إن نظرية التعلم الاجتماعي اتسعت لتحتوي أيضاً جوانب من البحث في إطار نسقها النظري ، مثل «فرض خفض التوتر» ومفهوم «التوقع» والوراثة السلوكية behavior genetics ، وكذلك بعض مفاهيم الطب السلوكي . أما توسيع نظرية التعلم وتطبيقها في علاج الاضطرابات الكلينيكية ، فيعزي الفضل فيه إلى أعمال «باندورا» A. Bandura .

لقد لقيت نظرية التعلم الاجتماعي قبولاً واسعاً لأنها قدمت تفسيرات ذات جدوي عن الأسباب التي تجعل بعض الناس يبدأون بالتعاطي ، ولماذا يستمرون في التعاطي ، فالإدمان هو عبارة عن نمط سلوكى متعلم يكتسبه الفرد في سياق تفاعلاته مع الوسط المحيط به . وذلك عن طريق الملاحظة أو التعلم بالمشاهدة

والمحاكاة (مكتب الإنماء الاجتماعي ، ٢٠٠٠ ، ص ١٠٢) .

د - نموذج فرض خفض التوتر Tension-Reduction Hypothesis :يتضمن هذا النموذج عدة مفاهيم هي : التوتر ،والقلق ، والتعزيز أو التدعيم . فالتعاطي للكحوليات يصبح هو «المعزز» ، لأنه يؤدي إلى خفض التوتر . والواقع إن الافتراض بأن تعاطي الكحوليات يختزل التوتر اختلفت بشأنه نتائج البحوث التجريبية وفقاً لنوع وطول مدة الضغوط التي يفترض أنها أساس التوتر ، ولمقدار الكحوليات المتعاطاة ، وللفروق الفردية في الاستهداف للضغوط . ففي بعض التجارب تبين أنه إذا أعطي للمفحوصين كحوليات في حالة توقعهم حدوث أمر ضاغط ، فإن تأثير الكحوليات يكون هو استدعاء التوتر ، وكذلك خفض التوتر . وقد تبين أيضاً وجود فروق فردية بين المفحوصين من حيث الاستهداف للإدمان الكحولي والحساسية للكحوليات تحت ظروف الضغط والشدة . (المرجع السابق ، ص ٩٨) .

هـ - نموذج التوقع Expectancy Model (النموذج المعرفي ) : تعتمد هذه الفئة من نماذج النظريات السلوكية في تفسير الإدمان على العوامل المعرفية ، وعلى توقع وجود علاقة منظمة يمكن التنبؤ بها بين حدث أو شيء وبين النتيجة أو العائد منه .وتعد توقعات العائد أو النتيجة هي اعتقاد الشخص بأن تعاطي العقار أو المخدر سوف يترتب عليه عائد مرغوب فيه أو نتيجة مرجوة (محمد السيد عبد الرحمن ، ٢٠٠٠ ، مكتب الإنماء الاجتماعي ، ٢٠٠٠ ، ص ٩٩) .

لقد توفر إزاء ظاهرة التعاطي والإدمان بهذا الشكل فيض من النظريات والنماذج النظرية والمفاهيم التفسيرية التي أخذت مناحي وآفاقا متعددة سواء من

حيث التنظير أو البحث أو التطبيق ، وتلك نتيجة متوقعة بقدر تعقد وتعدد وتشابك العوامل والعمليات والنواتج التي تحدد طبيعة التعاطي والإدمان ، وهذا أمر لا تثار معه قضايا تتعلق بتفضيل نظرية على أخرى ، أو التركيز على نظرية معينة وإغفال ماعداها .

لذلك يرى كثير من الباحثين أهمية التكامل بين النظريات التفسيرية للتعاطي والإدمان ، على أساس أن المنحى التكاملي - الذي يأخذ في الحسبان المتغيرات المختلفة البيولوجية والاجتماعية والثقافية والنفسية- يستفيد وظيفياً من كل ما تقدمه النظريات ونتائج البحوث . وهذا هو الأسلوب الأمثل في فهم وتفسير التعاطي والإدمان وتضميناته في استراتيجيات وأساليب وإجراءات التدخل الوقائي والإرشادي والعلاجي .

## رابعاً : المحكات التشخيصية للاعتماد على المواد المؤثرة في الأعصاب طبقًا للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع لرابطة الطب النفسي الأمريكية .

تحدد «الرابطة الأمريكية للطب النفسي» عام ١٩٩٤ أنواعا معينة من البيانات والمعلومات التي ينبغي توفيرها لأغراض تشخيص اضطرابات التعاطي والإدمان ، وهي :

* تحديد هوية المادة أو المواد المستخدمة .
* تاريخ استخدام هذه المادة أو المواد .
* تاريخ استخدام المادة في حالة الطواري والعلاج .
* الاضطراب المعرفي (التشوش والبلبلة ، اضطراب التوجه الزماني أو المكاني أو

كليهما ، اختلال الانتباه ، التفكير غير المترابط ، الخمول ، الخ) .

* الدلائل الفسيولوجية (سرعة ضربات القلب ، زيادة الضغط ، انخفاض الضغط ... الخ) .

* الدلائل العصبية (عدم الاتزان ، النوبات الصرعية ... إلخ) .

* التهيج أو التأخر النفسي الحركي .

* تغيرات في الإدراك والانتباه والتفكير .

* تغيرات في الشخصية والمزاج .

* فحوص تحليل البول ومستويات الدم للكشف عن مادة العقار .

* تغيرات في الحياة الاجتماعية أو الأسرية أو كلتيهما .

* المشكلات القانونية الحالية والسابقة .

( مكتب الإنماء الاجتماعي ، ٢٠٠٠ ، ص ١٢٢ ) .

ويتطلب تشخيص الاعتماد على المادة Substance Dependence ، وفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع DSM-IV ، ثلاثة أعراض على الأقل من بين قائمة من سبعة أعراض تحدث في أي وقت في نفس فترة الاثني عشر شهراً التي تعتمد فيها تلك الأعراض :

يكشف العرضان الأولان عن التحمل (الإطاقة) أو الاعتماد الفسيولوجي :

١ - التحمل (الحاجة إلى كميات متزايدة للحصول على التأثيرات المرغوبة ، أو التأثيرات المتناقصة مع التعاطي المستمر لنفس الكمية) .

٢ - أعراض الانسحاب التي تنشأ بعد عدم الاستمرار في التعاطي أو التوقف ، أو

استخدام المادة لتخفيف أو تجنب أعراض الانسحاب .

ويكشف العرضان التاليان عن ضعف قدرة الفرد على التحكم في تعاطي المادة :

٣ - تعاطي المادة بكميات أكبر ، أو على فترات أطول مما كان مقصودا به في الأصل .

٤ - رغبة دائمة أو بذل جهد لمرة أو أكثر للتوقف عن التعاطي أو للتحكم فيه .

أما الأعراض الثلاثة التالية ، فتكشف عن سيطرة التعاطي المستمر أو الدائم من حيث كونها سمة بارزة عند الشخص . ويبدو انضواء الشخص مع تعاطي المادة واندماجه فيه ، مما يلي :

٥ - قضاء وقت كبير في الحصول على مادة التعاطي ، وفي التعاطي ، أو في التخلص من تأثير التعاطي (الإفاقة) . ويعتبر الاستخدام المستمر على الرغم من النتائج العكسية مقياسا آخر لسيطرة تعاطي المادة على الشخص ، ويتضح ذلك من :

٦ - تعطل أو اختزال الأنشطة الاجتماعية أو المهنية أو الترويحية بسبب تعاطي المادة .

٧ - التعاطي المستمر على الرغم من معرفة الشخص بما يواجهه من مشكلات دائمة أو متكررة اجتماعية أو نفسية أو جسمية تتسبب أو تتفاقم نتيجة لتعاطي المادة (مكتب الإنماء الاجتماعي ، ٢٠٠٠ ، ص ١٢٣) .

ويرتكز تشخيص سوء استخدام العقاقير والمخدرات على تحديد أنماط السلوك اللا تكيفي أو المشكل لتعاطي المادة . . . ، ويتضح النمط اللا تكيفي للتعاطي من

واحدة أو أكثر من الممارسات التالية التي تحدث في غضون فترة اثني عشر شهراً :-

١ - الاستخدام المتكرر الذي ينتج عنه فشل في تحقيق التزاماته إزاء الأدوار الرئيسية في حياته .

٢ - الاستخدام المتكرر في مواقف يكون فيها التعاطي خطراً من الناحية الجسمية .

٣ - التورط المتكرر في مشكلات قانونية متعلقة بتعاطي المادة .

٤ - الاستخدام المستمر للمادة على الرغم ما ينتابه من مشكلات دائمة أو متكررة اجتماعية ، أو بين الأشخاص تتسبب أو تتفاقم نتيجة لتأثيرات المادة .

وتشمل المعالم التشخيصية للاضطرابات الناتجة عن التعاطي : التسمم ، والانسحاب ، والهذيان الناتج عن التسمم ، والهذيان الناتج عن الانسحاب ، والخوف ، واضطراب النسيان ، والاضطراب الذهاني ، واضطراب المزاج ، واضطراب القلق ، واختلال الوظيفية الجنسية ، واضطراب النوم (المرجع السابق ، ص ١٢٤) .

وتنقسم الاضطرابات التي تحدثها المخدرات والكحوليات إلى مجموعتين هما :

١ - اضطرابات استخدام المواد المخدرة Substance use disorder ، مثل الاعتماد على المخدر أو العقار ، أو إساءة استخدام المخدر أو العقار .

٢ - اضطرابات تحدثها المواد المخدرة Substance-Induced disordersمثل التسمم أو الثمالة بالمخدر . وانسحاب العقار ، والضلالات (الهذاءات) ، وفقد الذاكرة ، والاضطرابات الذهانية ، واضطراب المزاج والقلق والاضطرابات الجنسية الوظيفية ، واضطرابات النوم التي يحدثها المخدر أو العقار .

والجدول التالي يوضح أهم المواد المخدرة الإحدى عشرة ، سواء بالاعتماد أو

سوء الاستعمال أو التسمم (الثمالة) أو الانسحاب ، كما سوف نعرض لأهم المحكات التشخيصية في حالة التسمم أو في حالة الانسحاب ، أو لكليهما معا ، وذلك لتسهيل عملية التشخيص الفارق لهذه المواد .

جدول رقم (١)

الاضطرابات المحددة التي تحدثها المواد المؤثرة في الأعصاب

| المادة | نوع الاضطراب | | | |
|---|---|---|---|---|
| | الاعتماد | إساءة الاستعمال | التسمم (الثمالة) | الانسحاب |
| ١- الكحول | × | × | × | × |
| ٢ - الأمفيتامينات | × | × | × | × |
| ٣ - الكافيين | | | × | |
| ٤ - الحشيش | × | × | × | |
| ٥ - الكوكايين | × | × | × | × |
| ٦ - المهلوسات | × | × | × | |
| ٧ - المستنشقات | × | × | × | |
| ٨ - النيكوتين | × | | | × |
| ٩ - الأفيون | × | × | × | × |
| ١٠- الفينسكلدين | × | × | × | |
| ١١- المسكنات/ المنومات (أو مضادات القلق) | × | | | |
| ١٢- مواد أخرى | × | × | × | × |

العلامة × تشير إلى أن الفئة التشخيصية واردة في الـ DSM IV (محمد السيد عبد الرحمن ، ٢٠٠٠ ، ص ١٩) .

جدول رقم (٢)

الاضطرابات الناتجة عن تعاطي بعض المواد المؤثرة في الأعصاب

| المادة | هذيان الانسمام أو التسمم | هذيان الانسحاب | العته | اضطراب الذاكرة | اضطرابات ذهانية | اضطرابات مزاج | اضطرابات قلق | اختلال الوظيفة الجنسية | اضطرابات النوم |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| الكحول | I | W | P | P | I/W | I/W | I/W | I | I/W |
| الأمفيتامينات | I | | | | I | I/W | I | I | I/W |
| الكفايين | I | | | | | | I | | I |
| القنب (الحشيش) | I | | | | I | I | I | | |
| الكوكايين | I | | | | I | | I | | |
| المهلوسات | I | | | | I | I | I | | |
| المستنشقات | I | | P | | I | I | I | | |
| النيكوتين | | | | | | | | | |
| الأفيونات | I | | | | I | I | | I | I/W |
| الفينسيكليدين | I | | | | I | I | I | | |
| المهدئات والمنومات ومزيلات القلق | I | W | P | P | I/W | I/W | | I | I/W |
| أخرى | I | W | P | P | I/W | I/W | I/W | I | I/W |

ملاحظة : العلامات I أو W أو I / W أو P تشير إلى أن الفئة التشخيصية واردة في DSM IV . أضف إلى ذلك أن I تشير إلى أن المحدد «ذو بداية فى أثناء الانسمام» قد يذكر في الفئة التشخيصية (باستثناء هذيان الانسمام) ، وأن W تشير إلى أن المحدد «ذو بداية فى أثناء الانسحاب» قد يذكر في الفئة التشخيصية (باستثناء هذيان الانسحاب) ، وأن I/W تشير إلى أنه إما «ذو بداية فى أثناء الانسمام» أو «ذو بداية فى أثناء الانسحاب» قد يذكر في الفئة التشخيصية ،

وأن P تشير إلى أن الاضطراب مستمر ( أمينة السماك ، عادل مصطفى ، ٢٠٠١ ، ص ص ١١٠ - ١١٣) .

وللمزيد من التفاصيل حول المواد المؤثرة في الأعصاب ، والاضطرابات الناتجة عنها يمكن الرجوع إلى الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع DSM IV للاضطرابات النفسية ، والذي أصدرته الرابطة الأمريكية للطب النفسي باللغة الإنجليزية ، وله عدة ترجمات (انظر : منها على سبيل المثال أمينة السماك ، عادل مصطفى ، ٢٠٠١) .

أما فيما يتعلق بالمحكات التشخيصية لسوء استخدام المواد المؤثرة في الأعصاب ، فتتمثل في الآتي :-

١ - الاستخدام المستمر لمادة العقار أو المخدر على الرغم من معرفة الفرد بحدوث مشكلة (مشكلات) ، مستديمة أو متكررة ، اجتماعية أو نفسية أو جسمية تسببت أو تفاقمت نتيجة لاستخدام هذه المادة (على سبيل المثال ، التدخين اليومي للسجائر على الرغم من معرفته بتشخيص عن حالة من الانتفاخ أو التضخم emphysema أو الالتهاب الشعبي المزمن Chronic bronchitis ، أو استخدام الكوكايين على الرغم من الاكتئاب الناتج عن تعاطي الكوكايين ، أو الشرب المستمر للكحوليات على الرغم من وجود قرحة تزداد سوءاً نتيجة لتعاطي الخمر) .

٢ - الاستخدام المتكرر لمادة العقار أو المخدر الذي ينتج عنه العجز عن القيام بالتزاماته الرئيسية في أدائه لدوره في العمل أو المدرسة أو المنزل ، (مثال ذلك ، الغياب المتكرر عن العمل والأداء المتدني في العمل اللذان يتعلقان باستخدام

تلك المادة ، كثرة الغياب أو الحرمان المؤقت ، أو الطرد من المدرسة أو العمل ، أو إهمال الأبناء أو شؤون المنزل ) .

٣ - الاستخدام المتكرر لمادة العقار أو المخدر في مواقف يكون فيها الفرد عرضة للخطر جسمياً ( على سبيل المثال : قيادة السيارة أو تشغيل آلة حينما يكون الفرد في حالة من الاختلال نتيجة لاستخدام مادة العقار أو المخدر) .

٤ - توقف أو تعطل أو انخفاض الأنشطة المهمة الاجتماعية أو المهنية أو الترويحية .

٥ - حدوث مشكلات متكررة قانونية أو في العلاقات بين الأشخاص ، متعلقة بمادة العقار أو المخدر ( على سبيل المثال ، حالات إلقاء القبض على الفرد ، أو الحوادث المرورية المتعلقة باستخدام مادة العقار أو المخدر ، أو المشاجرات البدنية المتعلقة باستخدام تلك المادة) .

ومن الواضح أن التعريف الإجرائي بهذه الصورة لمصطلح «سوء استخدام العقاقير والمخدرات» إنما يوفر تعريفاً متميزاً يتسم بالوضوح من الناحية التصورية .

وقد وضعت «الرابطة الأمريكية للطب النفسي» (١٩٩٤) قائمة بالعقاقير والمخدرات الشائعة من حيث سوء الاستخدام في جدول تحت مسمى (Commonly Abused Drugs) ، متضمناً المواد المختلفة في فئاتها المتميزة وكذلك الأسماء التجارية والمتداولة لها (مكتب الإنماء الاجتماعي ، ٢٠٠٠ ، ص ٦٣ ؛ محمد السيد عبد الرحمن ، ٢٠٠٠ ، ص ص ٢٢-٢٣) .

## الفصل الثالث

# الدراسات السابقة التي تناولت ظاهرة تعاطي المواد المؤثرة في الأعصاب

- القسم الأول : الدراسات التي تناولت ظاهرة تعاطي المواد النفسية في مجتمعات عربية
- القسم الثاني : الدراسات التي تناولت ظاهرة تعاطي المواد النفسية في مجتمعات أجنبية
- تعقيب على الدراسات السابقة

نظراً لطبيعة ظاهرة تعاطي المواد النفسية ، وتأثرها بالعديد من العوامل الثقافية والحضارية الخاصة بكل مجتمع ، فسوف نعرض للدراسات التي تناولتها من خلال تقسيمها إلى قسمين : يتناول أولهما الدراسات التي أجريت في مجتمعات عربية ، والثاني عن الدراسات التي أجريت في مجتمعات أجنبية .

## القسم الأول

## الدراسات التي تناولت تعاطي المواد النفسية في مجتمعات عربية

ونعرض لهذا القسم من الدراسات في ضوء تقسيمها إلى فئتين ، هما : الدراسات التي اهتمت برصد معدلات انتشار الظاهرة ، والدراسات التي هدفت إلى إلقاء الضوء على علاقة انتشار الظاهرة ببعض المتغيرات النفسية والاجتماعية .

### أولاً : الدراسات التي تناولت ظاهرة انتشار تعاطي المواد المؤثرة في الأعصاب في بعض المجتمعات العربية

في ضوء تقسيم الدراسات الوبائية إلى ثلاثة أنواع : وصفية ، وتحليلية ، وتجريبية ، فإن هذه الفئة من الدراسات التي سنعرض لها تنتمي إلى النوع الأول الذي يهدف إلى وصف معدلات انتشار الظاهرة ومعدلات الإصابة بها بين شرائح اجتماعية عديدة . فالبحث الوبائي - كما أشار ريد - Reid - يستخدم في الطب النفسي لقياس احتمال مهاجمة أو انتشار اضطرابات معينة لجماعة بعينها أو مجتمعات محددة . وذلك بهدف الكشف عن مؤشرات تتعلق بنشأة وطراز المرض ( مصري حنورة ؛ ١٩٨٠ ) .

ومن هذه الدراسات الوبائية الوصفية ، الدراسة التي أجراها مصطفي سويف وآخرون(Soueif et al . , 1982 "A") عن انتشار تعاطي المواد النفسية بين الذكور من تلاميذ المدارس الثانوية في القاهرة الكبرى (ن = ٥٥٣٠) . وكان من أهم نتائج هذه الدراسة أن تلاميذ الدراسات الأدبية متورطون أكثر بكثير من تلاميذ الشعبتين العلمية والرياضية في تعاطي المواد النفسية ، وأن أدوات الإعلام تقوم بدور خطير في تعريض الشباب لثقافة المخدرات ، وتصل خطورة دورها في معظم الحالات إلى التفوق على الدور الذي يقوم به الأصدقاء . كما كشفت نتائج هذه الدراسة بخصوص مدى انتشار تعاطي المواد النفسية عما يأتي : تدخين السجائر (١٨٪) ، تعاطي الأدوية المهدئة (بدون إذن طبي) (٣, ٥٪) ، والمنشطات (٧, ٥٪) ، والمنومات (٧, ٤٪) ، وتجريب المخدرات الطبيعية مثل الحشيش والأفيون (٥, ١٠٪) ، وتجريب شرب الكحوليات مثل البيرة (٣, ٤٣٪) ، والنبيذ (٦, ١٣٪) ، والويسكي (٩٨, ١٣٪) .

وفي بحث آخر قام مصطفى سويف وآخرون (Soueif et al.,A,b 1982 "B" بدراسة انتشار تعاطي المواد النفسية بين تلاميذ المدارس الثانوية الفنية ، وأسفرت هذه الدراسة عن عدة نتائج من بينها أنها أظهرت أن نسبة تدخين السجائر بين هؤلاء الطلاب (٥, ٢٤٪) ، وأن تجريب الأدوية (بدون إذن طبي) : المهدئة (٦, ٤٪) ، والمنشطة (٩, ٥٪) ، والمنومة (٨, ٤٪) . وأقر ٦٩, ١١٪ من العينة أنهم جربوا تعاطي المخدرات الطبيعية ، و ١, ٣٣٪ جربوا شرب البيرة ، ٣٥, ٦٪ جربوا النبيذ ، و ٣, ٧٪ جربوا الويسكي . وبخصوص منشأ التعاطي والرغبة في تجريب التعاطي لدى الطلاب غير المتعاطين لو أن الفرصة أتيحت لهم ، جاءت الإجابة بنعم في حالة

: ٩٥ , ٥٪ بخصوص الأدوية النفسية ، و ٢١ , ٢٪ بخصوص المخدرات الطبيعية ، و٧٧ , ٣٪ نحو الكحوليات ن وكان أهم دافع يحرك هؤلاء الطلاب غير المتعاطين «القابلين للإصابة» هو حب الاستطلاع في حالة المخدرات الطبيعية ، أما في حالة الأدوية النفسية فكان الشعور بأن هذه الأدوية قد تكون مفيدة . وفيما يتعلق بمعتقدات هؤلاء الطلاب حول تعاطي المواد النفسية تبين أن الأدوية النفسية توصف أكثر مما توصف المخدرات أو الكحوليات بأنها مفيدة ، والعكس صحيح فيما يتعلق باعتبارها ضارة .

كما قام مصطفى سويف وآخرون (١٩٨٧) بدراسة تعاطي المخدرات بين الذكور من طلبة وطالبات جامعة القاهرة (ن = ٢٣٤٥) ، وجامعة عين شمس (ن=٢٧٣٢) . وأوضحت نتائج هذه الدراسة أن حوالي ٢٥٪ من أفراد العينة الكلية يدخنون السجائر ، وأن ٧٩ , ٥٪ حاولوا تعاطي الأدوية المهدئة بدون إذن طبي ، ٩٨ , ١٣٪ تناولوا المنبهات ، و ٢١ , ٤٪ تناولوا المنومات . واعترف ٤٦ , ١٥٪ من العينة الكلية بأنهم جربوا تعاطي المخدرات الطبيعية مثل الحشيش والأفيون . أما بالنسبة للمشروبات الكحولية فقد تبين أن ٥ , ٣٨٪ جربوا البيرة ، ٦ , ١٤٪ جربوا النبيذ ، و ٢ , ١٤٪ جربوا الويسكي ، و ٧ , ٦٪ جربوا أنواعاً أخرى من المشروبات الكحولية . وكان العمر المنوالي الذي جرب عنده هؤلاء الطلاب تعاطي الكحوليات يقع بين ١٨ سنة ، و٢٠ سنة . كما كشفت النتائج عن وجود ارتباط ذي دلالة إحصائية مرتفعة بين التعرض لثقافة المخدرات وبين التعاطي الفعلي للمخدرات ، فمع مزيد من التعرض لثقافة المخدرات تزداد احتمالات أن يقدم الشخص على التعاطي . وفيما يتعلق بمسؤولية الطلاب عن التعاطي ، تبين أن نسبة

كبيرة منهم يعتبرون أنفسهم مسؤولين عن القيام بالخطوة الأولى التي أدت إلى تعاطيهم للأدوية النفسية والكحوليات ، أما فيما يتعلق بالمخدرات الطبيعية فنسبة ضئيلة منهم هم الذين يرون الأمر على هذا النحو . وفيما يتعلق برغبة غير المتعاطين في التعاطي إذا أتيحت لهم الفرصة ، تبين أن ٧ , ٨٪ من هؤلاء الطلاب يرغبون في تعاطي الأدوية النفسية ، و ٩٢ , ٢٪ بالنسبة للمخدرات ، و ١٠ , ٢٪ للكحوليات . كما أظهرت النتائج أن المتعاطين يميلون أكثر من غير المتعاطين إلى الاعتقاد بأن تعاطي المواد النفسية له آثار مفيدة ، بينما يميل غير المتعاطين إلى الرأي القائل بأن هذه المواد ضارة . وبوجه عام هناك علاقة جوهرية بين التعاطي وبين مضمون الآراء التي يتبناها الشخص حول آثار تعاطي المواد النفسية المختلفة ، هل هي مفيدة أم ضارة ، أم لا هذه ولا تلك .

كذلك قام مصطفى سويف وآخرون (١٩٩٠) بدراسة تدخين السجاير بين طلاب الثانوي العام بجمهورية مصر العربية (ن = ٦٥٦ , ١٤) . وأوضحت نتائج هذه الدراسة أن ٧٧ , ١٠٪ من هؤلاء الطلاب يدخنون السجاير ، وأن غالبية هؤلاء المدخنين بدأوا التدخين قبل سن السادسة عشرة ، وأن السن المنوالي ، أي أكثر الأعمار شيوعاً في بدء ممارسة التدخين هو سن ١٥ سنة .

وفيما يتعلق بالمواقف التي أحاطت بعملية بدء التدخين اتضح أن أعلى المواقف شيوعاً هو الموقف الذي يضم التلميذ مع أصدقائه أو زملائه في جلسة ترويحية لا قيود عليها . كما تبين أن التدخين في المدارس الحكومية أقل بكثير من المدارس الخاصة أو اللغات ، وأنه أكثر انتشاراً بين طلاب الأدبي عن العلمي ، وأن المدخنين أقل تحصيلاً من زملائهم غير المدخنين . ظهر كذلك أن هناك اقتراناً قوياً بين التدخين

وعدد كبير من انحرافات السلوك (كالشجار مع المدرسين والوالدين ، والزوغان من المدرسة ، والغش في الامتحان) . وارتبط الإقبال على التدخين بالإقامة بعيداً عن الأسرة ، وبوفاة الأم ، وبارتفاع الدخل الشهري للأسرة ، وارتفاع مستوى تعليم الأبوين . ظهر أيضاً تزايد انتشار التدخين بين تلاميذ المدن الكبرى منه بين تلاميذ القرى ، والعمر عند بدء التدخين أشد تبكيراً في المدن عنه في الريف .

وفيما يتعلق بالتعاطي غير الطبي للأدوية المؤثرة في الأعصاب لدى تلاميذ المدارس الثانوية في مصر ، كشفت نتائج الدراسة التي أجراها مصطفى سويف وآخرون (١٩٩١) عما يأتي :

١- تبين أن ٧٢,٢٪ من التلاميذ تناولوا على سبيل التجربة الأدوية المهدئة ، و٧٨,١٪ الأدوية المنشطة ، ٢٤,٢٪ الأدوية المنومة . وبوجه عام بلغت نسبة الطلاب الذين جربوا الأدوية ٤٤,٥٪ ، وظهر أن ٧٨,٨٪ من هذه النسبة توقفوا عن التعاطي بعد البداية ، بينما استمر في التعاطي ٢١,١٨٪ فقط .

٢- ظهر أن أكثر أعمار البدء شيوعاً بالنسبة لتعاطي المهدئات والمنشطات هو سن ١٦ سنة ، وبالنسبة للمنومات هو سن ١٥ سنة . وتبين أن واحداً من كل ثلاثة من هؤلاء الشباب يعترف بأنه قام بدور إيجابي في تنفيذ تجربة البداية ، وأن الأشخاص الذين يقدمونهم إلى التجربة الأولى هم الزملاء أولاً ويليهم الآباء ، ثم الأصدقاء ، وبعض الغرباء . تبين أيضاً أن نسبة من غير المتعاطين للأدوية على استعداد للتعاطي إذا أتيحت لهم الفرصة المناسبة ، مما يبشر بتفاقم المشكلة مستقبلاً .

٣- فيما يتعلق بالعلاقة بين التعاطي والعوامل الدراسية ، أوضحت النتائج أن هناك

اقتراناً بين نوعية المدارس والتعاطي غير الطبي للأدوية النفسية ، حيث تقل نسبة المتعاطين في المدارس الحكومية عن مثيلاتها في مدارس اللغات . هناك أيضاً علاقة قوية بين التلمذة في شعبة الدراسة الأدبية والتعاطي ، في مقابل التلمذة في شعبتي الدراسة العلمية والرياضية حيث تقل نسبة التعاطي بصورة ملحوظة . وتبين أنه لا يوجد ارتباط جوهري بين التحصيل الدراسي وتعاطي الأدوية النفسية .

٤- بالنسبة لعلاقة التعاطي بانحرافات السلوك ، فقد كشفت نتائج هذه الدراسة عن أن هناك اقتراناً ثابتاً بين التعاطي وأشكال معينة من الانحرافات في مجالات الحياة المدرسية والمنزلية والاجتماعية العامة ، وأن هذه الانحرافات تتمثل أساساً في الاصطدام مع قواعد السلوك كما ترتضيها السلطة في كل من هذه المجالات الثلاثة متمثلة في رموزها أو كياناتها .

٥- أوضحت النتائج أيضاً أن هناك علاقة جوهرية بين تعاطي الأدوية النفسية والإصابة بالمرض العضوي أو بالمرض النفسي ، وأن هذا الارتباط أقوى في حالة المرض النفسي منه في حالة المرض العضوي .

٦- أما بخصوص الحياة الأسرية فقد أظهرت النتائج أن هناك علاقة بين تعاطي التلاميذ للأدوية النفسية من ناحية ومتغيرات الحياة الأسرية من ناحية أخرى ، مثل : وجود أفراد آخرين يتعاطون هذه الأدوية داخل الأسرة ، والإقامة بعيداً عن الأسرة ، وتزايد الدخل الشهري للأسرة ، وتزايد المصروف الشهري للتلميذ ، وعدد الأخوة ، ومستوى تعليم الوالدين ، والمستوى المهني لهما .

٧- أما بالنسبة لتعاطي الأدوية وعوامل البيئة الاجتماعية الحضارية ، فقد كشفت

نتائج هذه الدراسة عن أن هناك اتجاهاً متسقاً إلى زيادة تعاطي هذه الأدوية في الريف عنه في المدن الكبرى ، وأن الشباب في الريف يبدأون التعاطي في سن مبكرة في حالة المهدئات ، والعكس صحيح فيما يتعلق بالمنشطات والمنومات .

وكشفت نتائج الدراسة المسحية التي قام بها مصطفى سويف (١٩٩١) على عمال الصناعة في مصر (ن = ٥١٠٨) عن عدة نتائج ، نذكر منها أن ٤ , ٥٢٪ من أفراد هذه العينة يدخنون الطباق بينهم الخمس تقريباً ١ , ١٠٪ يجمعون بين تدخين السجائر والجوزة ، وأربعة أخماس الباقين يقتصرون على تدخين السجائر وحدها . كما تبين أن ٨ , ١٢٪ من إجمالي العينة يتعاطون المخدرات الطبيعية من قبل الحشيش والأفيون . وأقر ١ , ٢٠٪ من أفراد العينة بأنهم جربوا شرب الكحوليات .

وقام عبد الحليم محمود السيد وآخرون (١٩٩١) بدراسة اتجاهات طلاب المدارس الثانوية العامة بمدينة القاهرة الكبرى نحو تعاطي المواد المؤثرة في الأعصاب بين عام ١٩٧٨ ، و ١٩٨٦ ، وذلك بهدف استكشاف أهم اتجاهات وأنماط التغير Trends في مدى انتشار تعاطي طلاب المدارس الثانوية للمواد المؤثرة في الأعصاب عبر الزمن ، منذ عام ١٩٧٨ وحتى عام ١٩٨٦ . وكان من أهم نتائج هذه الدراسة أنها كشفت عن انخفاض دال إحصائياً في نسبة انتشار تعاطي المواد المؤثرة في الأعصاب في عام ١٩٨٦ عن عام ١٩٧٨ ,فعلى سبيل المثال كانت نسبة المدخنين عام ١٩٧٨ (٢١ , ١٨٪) ، وفي عام ١٩٨٦ (٨ , ١٠٪) . أما نسبة انتشار المخدرات الطبيعية فكانت (٥ , ١٠٪) عام ١٩٧٨ ، و (٥ , ٥٪) عام ١٩٨٦ ، وكانت نسبة شرب البيرة عام ١٩٧٨ (٣ , ٤٣٪) ، وفي عام ١٩٨٦ (٣٢٪) .

وفي هذا الإطار اهتم معتز عبد الله (١٩٩١) بدراسة مدى انتشار عادة تدخين السجائر لدى عينة من طلاب الثانوي بمدينة القاهرة الكبرى عام ١٩٨٦, وكشفت نتائج هذه الدراسة عن أن أهم المتغيرات الديموجرافية التي تقترن إيجابياً بالتدخين هي الشعب الدراسية ، حيث تبين أن طلاب القسم الأدبي هم أكثر الطلاب تدخيناً للسجائر ، كما تبين ارتباط التدخين إيجابياً بزيادة الدخل الشهري للأسرة ، ومصروف الطالب ، ووفاة الأب ، وشكوى الطلاب من الآلام والأمراض الجسمية والنفسية . أوضحت النتائج أيضاً زيادة تعاطي مدخني السجائر للمواد النفسية الأخرى (مثل المخدرات الطبيعية ، والأدوية ، والكحوليات) - بالمقارنة بغير المدخنين ، وهذا يعني ما يؤكده البعض من أن التدخين يعد من العوامل المهيئة والمساعدة على تعاطي المخدرات الأخرى .

أما بخصوص تعاطي طلاب الثانوية للأدوية النفسية بدون إذن طبي فقد كشفت الدراسة التي قام بها عبد اللطيف خليفة (١٩٩١) ، عن وجود علاقة بين تعاطي هذه الأدوية وكل من الصف الدراسي ونوع الدراسة ونوع المدارس ، حيث تزايدت نسب التعاطي لدى طلاب الصف الثالث ، يليهم الصف الثاني ثم الأول ، كما تزايدت نسب التعاطي لدى طلاب الأدبي ، وطلاب مدارس اللغات ، يليهم المدارس الحكومية ثم المدارس الخاصة . أوضحت النتائج أيضاً أن هناك عدداً من الظروف الأسرية المرتبطة بتعاطي الأدوية ، ومنها البعد عن الأسرة وغياب الأب ، وتبين أيضاً أن المتعاطين للأدوية أكثر عرضة للإصابة بالأمراض الجسمية والنفسية ، كما أنهم أكثر إقداماً على تعاطي أنواع أخرى من المواد المؤثرة في الأعصاب .

وبحث محمد نجيب الصبوة (١٩٩١) تعاطي المخدرات الطبيعية بين طلاب

الثانوي ، وكشفت نتائج هذه الدراسة عن ارتباط تعاطي هذه المخدرات بالصف الدراسي والشعب الدراسية ، حيث تبين أن أكثر الطلاب تعاطياً هم طلاب القسم الأدبي بالفرقة الثالثة ، يليهم طلاب الفرقة الثانية من نفس الشعبة ، يليهم طلاب القسم العلمي بالفرقة الثانية ، ثم أخيراً طلاب الصف الأول الثانوي . كما أظهرت النتائج أن طلاب المدارس الخاصة أكثر الطلاب تعاطياً للحشيش أو الأفيون يليهم طلاب مدارس اللغات ثم المدارس الحكومية . كما كشفت النتائج عن اقتران التعاطي بإقامة الطالب بعيداً عن أسرته ، وفي حالة غياب أحد الوالدين أو كليهما ، وفي حالة اشتراكه في أحد الأندية أو أحد النشاطات المدرسية ، وفي حالة عدم وجود هوايات . وظهر أن نسب التعاطي تتزايد بشدة في سن تتراوح بين ١٦ ، و ١٧ سنة فأكثر ، بعمر منوالي ١٧ سنة . وأوضحت النتائج أن متعاطي المخدرات الطبيعية أكثر تعاطياً للأدوية النفسية بدون إذن طبي ، والكحوليات ، والتدخين - بالمقارنة بغير المتعاطين لهذه المخدرات الطبيعية . كما تبين أهمية الأصدقاء والأقارب ووسائل الإعلام من حيث كونها مصادر للمعلومات وبالتالي الإقدام على تعاطي هذه المخدرات .

وقام عبد الحليم محمود السيد ( ١٩٩١ ) بدراسة تعاطي الكحوليات لدى طلاب الثانوي العام بمدينة القاهرة الكبرى . وكشفت هذه الدراسة عن عدة نتائج من بينها أن تعاطي الكحوليات يتزايد لدى ذوي النشأة في المدن الكبرى أو عواصم المحافظات ، وفي حالة الإقامة بعيداً عن الأسرة ، وفي حالة غياب الوالدين ، تبين أيضاً ارتباط تعاطي الكحوليات بالديانة ، حيث ظهر أن نسب تعاطي البيرة ولو مرة واحدة هي ٢٨٪ من المسلمين مقابل ٧٠٪ من المسيحيين ، وأن نسب تعاطي

الكحوليات الأخرى (مثل النبيذ والويسكي ) ولو مرة واحدة كانت ٦,٥٪ من المسلمين في مقابل ٥٧,٤٪ من المسيحيين . وأوضحت النتائج أيضاً أن متوسط العمر عند البدء في تعاطي الكحوليات هو ١٢,٠٨ سنة ، بانحراف معياري ٥,٠٨ سنة . وحول علاقة التفوق الدراسي بتعاطي الكحوليات تبين أنه لا توجد فروق جوهرية بين المتفوقين وغير المتفوقين من حيث نسبة من تعاطوا البيرة في حين تزايدت نسب تعاطي بعض الكحوليات (مثل النبيذ والويسكي) لدى المتفوقين عن غير المتفوقين . ظهر أيضاً أن تعاطي الكحوليات يرتبط بالتخصص الدراسي والمستوى الاجتماعي الاقتصادي للأسرة ، وبوجود نموذج من الأقارب أو الأصدقاء يتعاطي الكحوليات ، والإصابة بأمراض جسمية أو نفسية .

ودرس الحسين عبد المنعم (١٩٩١) مدى انتشار المواد النفسية بين العمال المهرة وغير المهرة من عمال الصناعة في مصر . وتوصل إلى عدة نتائج ، من بينها أن نسبة المجربين والمستمرين في تعاطي المواد النفسية بين العمال المهرة أعلى من نسبتهم بين العمال غير المهرة .

أما الدراسة التي قام بها جمعه يوسف (١٩٩١) فهدفت إلى الكشف عن مدى انتشار تعاطي المواد النفسية المؤثرة في الأعصاب بين عمال الصناعة المصريين الذين ينتمون إلى خمس مناطق جغرافية مختلفة في جمهورية مصر العربية وهي : مصر العليا ، مصر الوسطى ، والقاهرة الكبرى ، والدلتا ، والإسكندرية . وقد طبقت استبانة مقننة على عينة إجمالية قوامها ٥١٠٨ من العمال الذكور ، وأسفرت النتائج عن وجود فروق جوهرية بين المناطق الجغرافية المختلفة في تعاطي المخدرات الطبيعية وشرب الكحوليات ، بينما اختفت هذه الفروق الجوهرية في حالتي تدخين

السجائر وتعاطي الأدوية النفسية .

وقامت إدارة الخدمات الاجتماعية والنفسية بوزارة التربية بدولة الكويت بدراسة هدفها الكشف عن حجم مشكلة تعاطي المخدرات بين طلاب المرحلة الثانوية (ن= ١٩٩٧) ، بالإضافة إلى استطلاع آراء كل من الهيئة التعليمية بهذه المدراس ، وأولياء الأمور حول هذه المشكلة . وأوضحت نتائج هذه الدراسة أن هناك نسبة لا يستهان بها من هؤلاء الطلاب جربوا العديد من أنواع المخدرات ، وأكثرها هو الحشيش (٢, ٧٪ من الطلاب ، ٣, ١٪ من الطالبات) ، ثم تلى ذلك حبوب الهلوسة (٤, ٣٪ من الطلاب مقابل ٧, ٠ من الطالبات) ، ثم الهيروين (٣٪ من الطلاب مقابل ٦, ٠٪ من الطالبات) . ومع أن هذه النسب محدودة فإنها مع ذلك تعطي مؤشراً لإمكان انضمام هؤلاء الطلاب إلى قائمة المدمنين . وتبين وجود اتفاق بين أولياء الأمور والهيئة التعليمية حول أهم الأسباب التي تقف وراء تعاطي الطلاب للمخدرات ، ومنها ضعف الرقابة الأسرية ، والصحبة السيئة ، يلي ذلك ضعف الوازع الديني ، والقدوة السيئة والمشكلات الأسرية (إدارة الخدمات الاجتماعية والنفسية ، ١٩٩٨) .

وقام عبد اللطيف خليفة ، وعويد المشعان (١٩٩٩) بدراسة هدفت إلى الكشف عن حجم انتشار ظاهرة تعاطي المواد النفسية المؤثرة في الأعصاب بين طلاب جامعة الكويت (ن = ٨١٧) ، منهم ٣٣٨ من الذكور ، و ٤٧٩ من الإناث . وكشفت هذه الدراسة عن عدة نتائج من أهمها ما يأتي :-

١- تبين أن أكثر المواد النفسية انتشاراً بين الطلاب هي الكحوليات (٤, ١٢٪) ، يليها تدخين السجائر (٥, ١١٪) ، ثم تعاطي الأدوية بدون إذن طبي : المنومة

(٢, ٦٪) ، المهدئة (٩, ٥٪) ، المنشطة (٢, ٣٪) . ثم المخدرات الطبيعية (مثل الحشيش والأفيون) (٧, ١٪) ، وجاء الهيروين في المؤخرة بنسبة ٩, ٠٪ .

٢- هناك اقتران واضح بين تعاطي المواد النفسية بجميع أنواعها وخبرة التعرض لثقافة هذه المواد ، والمتمثلة في السماع ، والرؤية ، ووجود أصدقاء يتعاطون ، ووجود أقارب يتعاطون .

٣- تبين أن نسب انتشار تعاطي المواد النفسية بين الطلاب الذكور أعلى بشكل جوهري - بالمقارنة بالطالبات .

٤- أظهرت النتائج وجود نسق من المعتقدات يتميز به الطلاب المتعاطون مقارنة بغير المتعاطين ، فالطلاب المتعاطون أكثر اعتقاداً في فائدة هذه المواد وأقل اعتقاداً في ضررها مقارنة بغير المتعاطين .

٥- فيما يتعلق بتوزيع الأدوار الإيجابية والسلبية بين المجربين من طلاب الجامعة فى أثناء خبرتهم الأولى مع المواد النفسية ، تبين أن الدور الإيجابي (حيث سعى الفرد بإرادته للحصول على هذه المواد) قد برز بشكل واضح في حالة الأدوية عنه في حالة الكحوليات .

٦- تبين أن المجربين لأي مادة من المواد النفسية أكثر إقداماً على تعاطي مواد أخرى في حالة ما إذا أتيحت لهم الفرصة .

٧- كشفت النتائج أيضاً عن اقتران واضح بين تعاطي المواد النفسية ، والإصابة بالأمراض الجسمية والنفسية ، حيث تزايدت نسب الأشخاص الذين يشكون من آلام وأمراض جسمية ونفسية ، بشكل جوهري لدى المتعاطين بالمقارنة بغير المتعاطين .

وقام سامر جميل رضوان (١٩٩٩) بدراسة هدفت إلى تحديد مدى انتشار تعاطي المواد المؤثرة في الأعصاب لدى عينة من طلاب المرحلتين : الإعدادية والثانوية (ن = ٩٥٠) بمدينة دمشق . وأوضحت نتائج هذه الدراسة أن ظاهرة التدخين لدى طلاب المرحلتين من أكثر ظواهر تعاطي المواد المؤثرة نفسياً ، وأن السن الحرجة للبدء بالتدخين تقع ما بين ١٣ - ١٤ سنة ، وأن هناك تأثيراً واضحاً للأصدقاء في بداية عملية التدخين واستمرارها بعد ذلك . وتشير النتائج إلى أن البيرة هي أكثر المشروبات الكحولية تناولاً ، حيث بلغت نسبة متعاطيها ١ ,٨٪ من العينة الكلية ، ويأتي النبيذ في المرتبة الثانية بعد البيرة من حيث نسبة الانتشار ، فنسبة شربه ١ ,٣٪ من العينة . وفيما يتعلق بتعاطي الأدوية المهدئة ، تبين أن الغالبية ممن جربوا تناولها كانوا في سن المرحلة الإعدادية (٢ ,١٥٪) مقابل (١ ,٧٪) من طلاب المرحلة الثانوية . وبخصوص تعاطي المخدرات الطبيعية (مثل الحشيش) فقد تبين أن ٧ ,١٪ من طلاب العينة يتعاطون هذه المخدرات بشكل يومي تقريباً .

## ثانياً : الدراسات العربية التي تناولت ظاهرة تعاطي المواد المؤثرة في الأعصاب في علاقتها ببعض المتغيرات النفسية والاجتماعية في بعض المجتمعات العربية

وتندرج هذه المجموعة من الدراسات في إطار ما يطلق عليه بالدراسات الوبائية التحليلية ، التي تهدف إلى الكشف عن وجود علاقات منتظمة تلقي ضوءاً على منشأ الظاهرة وعلى ما يحدث في مسارها من تحولات ، وهذه العلاقات ليست علاقات عليّة ، بل هي في الغالب علاقات مصاحبة واقتران

بين المتغيرات والاضطراب أو المرض الذي ينصب عليه اهتمام الباحث . ونعرض فيما يلي لعدد من الدراسات التي تناولت العلاقة بين تعاطي المواد المؤثرة في الأعصاب وبعض العوامل النفسية ، والاجتماعية . ومن هذه الدراسات الدراسة التي قام بها عبد اللطيف خليفة وآخرون (١٩٨٨) عن أنماط التغير في مصادر المعلومات عن المواد المؤثرة في الأعصاب وعلاقتها بالاتجاه والسلوك نحو هذه المواد بين عامي ١٩٧٨ ، ١٩٨٦ .

وكان من نتائج هذه الدراسة أن هناك ارتباطاً جوهرياً بين التعرض لثقافة المخدرات وبين التعاطي الفعلي . وفيما يتعلق بمصادر السماع عن المخدرات ، تبين أنها تأخذ الترتيب الآتي : في المقدمة توجد وسائل الاعلام ، ثم يلي ذلك السماع من خلال الأصدقاء ، ثم الأقارب والجيران . أما فيما يتصل بمصادر الرؤية المباشرة لهذه المخدرات ، فقد اتضح أنها تتمثل في : الأصدقاء ، الأقارب ، الجيران . كما اتضح أن أكثر التخصصات الدراسية عرضة لرؤية المخدرات هم طلاب الشعبة الأدبية . تبين أيضاً أن وجود نموذج من الأصدقاء والأقارب يتعاطى المخدرات له أهميته وتأثيره الجوهري من حيث كونه عاملاً محدداً للاتجاه الشخصي نحو التعاطي ، وظهر كذلك أن معظم الطلاب الذين جربوا تعاطي المخدرات قد تعرضوا لنوع من الضغط والإغراء من قبل الآخرين ، وأن تأثير الأصدقاء يتزايد في حالة تعاطي المخدرات الطبيعية عنه في حالة الأدوية أو الكحوليات . أما تأثير الأقارب فيظهر بوضوح في حالة تعاطي الكحوليات والأدوية عنه في حالة تعاطي المخدرات الطبيعية .

كما أرجعت هذه الدراسة انخفاض تعاطي المواد المؤثرة في الأعصاب لدى

طلاب الثانوي العام خلال عام ١٩٨٦ - بالمقارنة بنظرائهم عام ١٩٧٨ ، أرجعته إلى تناقص التعرض المعرفي (سواء عن طريق الرؤية المباشرة ، أووجود نموذج يتعاطي) في عام ١٩٨٦ عن عام ١٩٧٨ . وكذلك إلى تزايد الاعتقاد في خطورة تعاطي هذه المواد لدى الطلاب في عام ١٩٨٦ عن عام ١٩٧٨ .

كما كشفت نتائج العديد من الدراسات السابقة عن أن هناك تأثيراً واضحاً لمصادر المعلومات عن المواد المؤثرة في الأعصاب ، في تكوين الكثير من الخبرات والمعارف والاتجاهات نحو هذه المواد ، وتشتمل مصادر المعلومات على كل من التعرض لأساليب التخاطب ، أو ما يعرف بالتعلم المعرفي ، والتعرض للنماذج الاجتماعية أو التعلم الاجتماعي من خلال المحاكاة . واتضح أن هناك ارتباطاً بين التعرض المعرفي (عن طريق السماع أو الرؤية المباشرة لثقافة المواد المؤثرة في الأعصاب) ، وبين معتقدات الأفراد واتجاهاتهم نحو هذه المواد ، وأنه مع المزيد من التعرض لثقافة المخدرات تزداد احتمالية أن يقدم الشخص على التعاطي (انظر في ذلك : عبد الحليم محمود السيد ، وآخرون ، ١٩٨٠ ؛ زين العابدين درويش ، ١٩٨٩ ؛ عبد اللطيف خليفة وآخرون ، ١٩٨٨ ؛ Soueif et al., 1986) .

وقام عبد اللطيف خليفة (١٩٩٢) ببحث المعالجة الصحفية لمشكلة تعاطي المخدرات من حيث كونه أحد المتغيرات المرتبطة بالاتجاه نحو التعاطي ، وذلك خلال شهري يناير وفبراير من عامي ١٩٧٨ ، و ١٩٨٦ . ففي هذين العامين تم القيام بدراستين ميدانيتين عن تعاطي المخدرات لدى عينة من طلاب المدارس الثانوية بمدينة القاهرة الكبرى . وكشفت دراسة عام ١٩٨٦ عن تزايد اعتقاد هؤلاء الطلاب في الاضرار المترتبة على تعاطي هذه المواد ، وكذلك تبين أن هناك انخفاضاً ملحوظاً في

نسب التعاطي بين الطلاب خلال عام ١٩٨٦ مقارنة بعام ١٩٧٨ ، وتم تفسير هذا الانخفاض في ضوء الدور الذي قامت به وسائل الاعلام عامة والصحافة خاصة في مواجهة مشكلة التعاطي والتوعية بخطورتها خلال عام ١٩٨٦ مقارنة بعام ١٩٧٨ ، حيث تبين من خلال تحليل مضمون ثلاث جرائد مصرية (الأهرام ، والأخبار ، والجمهورية) أنه لا يوجد اهتمام إعلامي يذكر بخصوص موضوع المخدرات في عام ١٩٧٨ ، في حين شهد عام ١٩٨٦ اهتماماً إعلامياً وصحفياً بالمشكلة ، مما ترتب عليه انخفاض تعاطي المخدرات وتزايد الاعتقاد في أضرارها خلال هذا العام . وبوجه عام كشفت نتائج هذه الدراسة عن دور وسائل الإعلام في تغيير اتجاه الشباب نحو تعاطي المخدرات .

وأوضح محمد معوض إبراهيم (٢٠٠٠) دور برامج التلفاز في الترويج للتدخين ومكافحته لدى الشباب في دولة الكويت ، وأن التلفاز يعد أخطر وسائل الإعلام وأقواها تأثيراً على المشاهدين عامة والشباب خاصة ، حيث يقدم لهم المشاهد المتكاملة التي تساعد في الترويج لعملية التدخين أو التصدي لها من خلال الصور الحية المرئية المعبرة ، والتي لها أهميتها وفاعليتها في جذب انتباه المشاهد ، وتشكل قدرة كبيرة في التأثير عليه لما تتمتع به من مزايا .

وحاول عايد الحميدان (٢٠٠٠) التعرف على حجم مشكلة التدخين ، ومدى انتشارها بين الإناث في المجتمع الكويتي ، وأوضح أن الإناث اتجهن للتدخين للتسلية والمرح ، وبسبب علاقتهن بالمدخنات ، وأن القدوة السيئة تمثل دافعاً رئيسياً لتدخين الإناث .

أما عن حجم مشكلة التدخين في قطر ، فقد أوضح أحمد رمزي قطب ، وسيف علي الحجري (٢٠٠٠) أن حوالي ١٤٪ من مجموع السكان القطريين يدخنون السجائر ، أكثر من ٩٠٪ منهم من الذكور البالغين (أكبر من ١٥ سنة) ، ويزداد عدد المدخنين بمعدل يزيد على ٣٠٠ مدخن سنوياً .

وتناول لطفي الشربيني (٢٠٠٠) الاتجاهات الحديثة في أبحاث التدخين ، من خلال دراسة نظرية عرض فيها لحجم مشكلة التدخين كما جاءت في تقارير منظمة الصحة العالمية ، وعلاقة ذلك بالسن والجنس والمكان ، والتأثير الدوائي على الجهاز العصبي الناجم عن مادة النيكوتين التي تعتبر من المؤثرات النفسية في دخان التبغ . كما عرض الباحث لعدد من الدراسات حول الجوانب النفسية للتدخين ، وأوضح أن نسبة المدخنين من المرضى النفسيين تتروح بين ٥٠ - ٩٠٪ . وعرض لأهمية العلاج الدوائي والأساليب المساعدة والفوائد الصحية للاقلاع عن التدخين .

أما بسام أبو الدهب (٢٠٠٠) فعرض لنتائج المسح الوطني حول انتشار التدخين في سوريا ، وأوضح أن معدل الانتشار وصل إلى ٢٨,٨٪ بشكل عام ، أما نسبة التدخين لدى الذكور فكانت ٥٠,٥٪ ، ولدى الإناث ٩,٩٪ . وأوضح أن أعلى معدل لانتشار التدخين في الفئة العمرية ٢٠ - ٢٩ عاماً ، وأن أعلى معدل لدى حملة الابتدائية ٣٢,٩٪ ثم الجامعية ٣٠,٤٪ . كما أوضح الباحث أن ٨٠,٢٪ من المدخنين يرغبون في الانقطاع عن التدخين .

وبحث عبد الله عبد الرحمن ، وحسن بدوي (٢٠٠٠) التدخين بين الأطباء وعلاقته بالقلق والاكتئاب ، وتبين أن الدوافع إلى التدخين وسط الأطباء تتركز في

الشعور بالقلق والتوتر ، حيث اتضح أن ٧٠٪ من المدخنين تنتابهم أعراض القلق في حالة عدم التدخين ، وظهر أن الأطباء المدخنين أكثر اكتئاباً من زملائهم غير المدخنين .

كما قام أحمد علي جبر (١٩٨٦) بدراسة اتجاهات المجتمع الكويتي نحو التدخين واستراتيجية مكافحته ، واعتمد في دراسته على عينة بلغت ١١٠٠ فرد من المجتمع الكويتي من المدخنين وغير المدخنين . وأظهرت الدراسة عدم وجود توافق بين الاتجاهات والسلوك نحو عادة التدخين ، حيث اتضح أن ٩ , ١٤٪ من المدخنين لديهم اتجاهات سلبية نحو هذه العادة ، في حين أن ٥ , ٢١٪ من غير المدخنين لديهم اتجاهات إيجابية نحو عادة التدخين . كما أشارت الدراسة إلى أن أهم الدوافع إلى التدخين تتمثل في : التخلص من التوتر ، والمتعة والسرور ، والحاجة إلى الانتماء والتقدير الاجتماعي والعصرية والتمدن ، والاستقلالية ، والتقدير الاجتماعي . إلا أن هذه الدوافع تختلف أهميتها بين المدخنين وغير المدخنين ، وباختلاف العوامل الديموغرافية لعينة الدراسة .

من جهة أخرى توصل معتز عبد الله ، وعبد اللطيف خليفة (١٩٩٢) في دراسة لهما هدفت إلى الوقوف على الاقتران بين المعتقدات حول تدخين السجائر وكل من مركز التحكم وحالة القلق لدى عينة تتكون من (٢٠٥) من الذكور المدخنين للسجائر متوسط أعمارهم ٨ , ٢٨ سنة ، وانحراف معياري ٩ , ٨ سنة . وكشفت النتائج عن أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين ذوي التحكم الداخلي وذوي التحكم الخارجي ، وبين منخفضي القلق ومرتفعي القلق في هذه المعتقدات .

وعلى المستوى المحلي قامت إدارة الخدمات الاجتماعية والنفسية في وزارة التربية بدراسة ميدانية لبحث ظاهرة انتشار التدخين لدى عينة من ٢٥٠٠ طالب وطالبة من طلاب المدارس المتوسطة والثانوية في مدارس التعليم العام بالكويت ، موزعين على مستوى المناطق التعليمية جميعها . وقد أظهرت نتائج الدراسة مجموعة من الاتجاهات نحو مختلف الجوانب المتعلقة بالتدخين ، فقد كانت اتجاهات الطلاب نحو اعتبار التدخين من العادات السيئة مرتفعة إلى حد ما (بنسبة ٩ , ٨٥٪ من عينة البحث) ، ووافق ٤ , ٩١٪ على أن التدخين سبب رئيسي لسرطان الرئة ، ولكن نسبة الوعي بعلاقة التدخين بالإصابة بأمراض القلب والشرايين انخفضت إلى ٦ , ٨٠٪ . كما اعتبر ٨ , ٨٠٪ من الطلاب أن التدخين من العادات المكروهة دينياً (إدارة الخدمات الاجتماعية والنفسية ، ١٩٩٥) .

أما الدراسة التي قام بها كل من حصة الناصر وعبد اللطيف خليفة (٢٠٠٠) فهدفت إلى الكشف عن نسق المعتقدات حول تدخين السجائر ، وعلاقته ببعض سمات الشخصية لدى المدخنين ( ن = ٢٠٢ ) وغير المدخنين ( ن = ٢٢٠ ) من طلاب الجامعة . وأسفرت الدراسة عن عدة نتائج ، من أهمها أن هناك فروقاً جوهرية بين الطلاب المدخنين والطلاب غير المدخنين في نسق معتقداتهم حول تدخين السجائر ، تشير في معظمها إلى تزايد إدراك غير المدخنين لسلبيات التدخين مقارنة بالمدخنين ، كما تبين أن غير المدخنين أكثر خجلاً من المدخنين . وبوجه عام أوضحت النتائج أن هناك مجموعة من المعتقدات أو التنميطات الشائعة لدى جمهور المدخنين بغض النظر عن كونهم مرتفعين أو منخفضين سواء في الخجل أو الغضب .

وتناول خالد بدر (١٩٩١) العلاقة بين تعاطي المواد المؤثرة في الأعصاب وكل من المرض الجسمي والنفسي لدى عينة ممثلة من العمال الصناعيين في مصر (ن = ٥١٠٨) ، وتوصل إلى وجود علاقة سلبية بين التعاطي والصحة ، وأن هناك علاقة بين التغير في الوزن والتعاطي ، وأن متعاطي الأدوية النفسية هم أكثر قطاعات التعاطي مرضاً ومعاناة على المستويين الجسمي والنفسي ، ويعد العصاب أكثر أنواع الأمراض شيوعاً لدى المتعاطين عند مقارنتهم بغير المتعاطين .

كما أوضحت نتائج الدراسات السابقة على المستويين المحلي والعالمي أن هناك اقتراناً واضحاً بين تعاطي المواد النفسية المؤثرة في الأعصاب (المخدرات) بجميع أنواعها ، وبين الإصابة بالأمراض الجسمية ، والنفسية . حيث تبين أن المتعاطين للمخدرات أكثر معاناة من أمراض جسمية ونفسية - بالمقارنة بغير المتعاطين (فيصل يونس ، وآخرون ، ١٩٨٧ ؛ عبد الحليم محمود السيد وآخرون ، ١٩٩١ ؛ مصطفى سويف وأخرون ، ١٩٨٧ ؛ خالد بدر ، ١٩٩١) .

وتناولت هند طه (١٩٩١) في دراستها العلاقة بين تعاطي المواد المؤثرة في الحالة النفسية والعمل في الصناعات المختلفة . وتبين ارتفاع معدلات انتشار تدخين السجائر ، وتعاطي المخدرات الطبيعية ، وتعاطي الكحوليات ، بين عمال الصناعات الثقيلة (ن = ١٤٥٥) عن مثيلتها بين عمال الصناعات الخفيفة (ن = ٢٤٢٥) ، كما أظهرت فروقاً أخرى بين المجموعتين فيما يتعلق ببعض متغيرات نمط التعاطي .

أما الدراسة التي قام بها أسامة أبو سريع (١٩٩١) فقد تركزت على الاقتران بين تعاطي عدد من المواد النفسية المؤثرة في الأعصاب وفقدان الرضا عن العلاقات الاجتماعية لدى عينة ممثلة لعمال الصناعة الذكور في مصر (ن=٥١٠٨) . وكشفت

النتائج عن أن متعاطي المواد النفسية يعانون من بعض المظاهر الدالة على فقدان الرضا عن العلاقات الاجتماعية سواء في سياق الأسرة ، أو العمل ، أو على المستوى الاجتماعي العام .

وقارن فيصل يونس (١٩٩١) بين ٧٧٤ مفحوصاً ممن لم يجربوا سوى مادة واحدة مؤثرة على الأعصاب ، و٤٦٧ مفحوصاً ممن جربوا أكثر من مادة من عمال الصناعة في مصر ، على عدد من المتغيرات المرتبطة بمنشأ سلوك التعاطي ومصاحباته . وقد كشفت الدراسة عن عدد من الفروق المهمة ، فمن جربوا أكثر من مادة أكثر تعرضاً لثقافة المخدر ، ويمثل الأصدقاء لديهم أهم مصادر السماع والرؤية ، كما أن نسبة أكبر منهم تمارس تدخين الطباق ، وهم أكثر معاناة لمشكلات في التوافق النفسي الاجتماعي .

وقام مصري حنورة بدراسة عينة من المتعاطين الكويتيين مكونة من ٦٠٠ متعاط ، تم الحصول عليهم من السجن المركزي ، ومستشفى الطب النفسي . وتمت مقارنتهم بمجموعة ضابطة من غير المتعاطين الذكور بلغ عددهم ١٥٠ شخصاً ، وأسفرت نتائج هذه الدراسة عن فروق جوهرية بين أفراد المجموعتين ، حيث تبين أن متعاطي الكحوليات هم أكثر الفئات ضعفاً في الأداء على المقاييس المعرفية والحركية ، وأكثر ميلاً للاضطراب النفسي ، في حين أن متعاطي الحشيش أفضل في الصحة النفسية بالمقارنة بمتعاطي الكحوليات ، كما تبين أن المتعاطين (سواء للكحوليات أو الحشيش) أسوأ بشكل جوهري من غير المتعاطين في الوظائف المعرفية والحركية ، فهم أكثر ميلاً للاضطراب النفسي وأكثر قابلية للاتجاه ، وأكثر ميلاً للانخراط في السلوك الإجرامي (مصري حنورة ، ١٩٩٣) .

أما الدراسة التي قام بها مساعد النجار (١٩٩٤) فهدفت إلى إلقاء الضوء على العوامل المرتبطة بمشكلة تعاطي المخدرات ، لدى عينة مكونة من ثلاث مجموعات من نزلاء السجن المركزي بالكويت ، اشتملت كل مجموعة على ١٠٧ أشخاص ، وكانت المجموعة الأولى ممن يقضون عقوبة لتعاطيهم المخدرات ، والثانية ممن ليس لهم علاقة بإدمان المخدرات ، والثالثة بمثابة مجموعة ضابطة . وكشفت هذه الدراسة عن وجود علاقة جوهرية بين كل من العمر ، والمستوى التعليمي ، ومستوى الدخل ، والمكانة الوظيفية ، وبين سلوك تعاطي المخدرات . كما توصلت النتائج إلى أن دور الأصدقاء يعتبر من أهم العوامل المؤثرة في سلوك تعاطي المخدرات .

وهدفت دراسة عايد على الحميدان (١٩٩٦) إلى بيان الآثار الاجتماعية والنفسية لسوء استخدام المخدرات في دولة الكويت ، وذلك لدى عينة مكونة من ٥٠٠ فرد ، منهم ٣٠٠ مدمن ، و ٢٠٠ شخص من غير المتعاطين ، وأسفرت نتائج هذه الدراسة عن وجود نسبة كبيرة من المدمنين (٢ , ٦١٪) تقاوم أو تعارض فكرة العلاج ، كما أن بعضهم لا يعرفون المضار المترتبة على المخدرات ، وتبين أيضاً وجود ارتفاع ملحوظ في نسب المتعاطين بعد العدوان العراقي .

وأجرى «النجار وكلارك» دراسة على ٣٢١ شخصاً من الذكور الكويتيين ، بعضهم من المتعاطين والبعض الاخر من غير المتعاطين ، وكشفت النتائج عن وجود علاقة جوهرية بين تعاطي المخدرات ، وكل من القلق وتقدير الذات (Al-Najar & Klark, 1996) .

وبحث مصري حنورة (١٩٩٨) مظاهر اضطراب الشخصية لدى متعاطي المخدرات لدى عينتين من المصريين والكويتيين ، وتكونت العينة المصرية من ٩٠

شخصاً من المتعاطين ومثلهم من غير المتعاطين . أما العينة الكويتية فتضمنت ١٦٧ شخصاً من المتعاطين ، ومثلهم من غير المتعاطين ، وكشفت نتائج هذه الدراسة عن أن المتعاطين – سواء المصريين أو الكويتيين – يتميزون بدرجة عالية في الاضطرابات العصابية والانفعالية ، والتوتر ، والقلق ، وعدم الاستقرار والعلاقات السلبية ، والسلوك المضاد للمجتمع والأخلاق . كما تبين أن هناك فروقاً جوهرية بين المتعاطين وغير المتعاطين من المصريين ، في الهوس والبارانويا والفصام (للمتعاطين متوسطات أعلى في هذه الاضطرابات) . ولم تظهر النتائج وجود فروق جوهرية بين المتعاطين المصريين والكويتيين ، مما يرجح أن سبب التدهور مرتبط أساساً بتعاطي المخدرات وليس بالفروق الثقافية .

كما كشفت نتائج الدراسات السابقة عن أن هناك العديد من الأضرار والتأثيرات السلبية المترتبة على تعاطي المخدرات والكحوليات ، والتي من بينها سوء التوافق ، وتقلبات المزاج وتغير الحالة الانفعالية ، والاضطرابات العقلية والمعرفية ، وتدهور الوظائف النفسية الحركية ومستوى التحصيل الدراسي ، وفقدان الرغبة في الإنجاز ، والشعور بالاغتراب والعزلة الاجتماعية . واتضح أن هذه التأثيرات السلبية تختلف باختلاف نوع المادة المتعاطاة ، وكمية المادة المتعاطاة ، وفترة التعاطي . فمثلاً تبين أن ذوي التعاطي الكثيف للكحوليات يكون أداؤهم أسوأ من أداء ذوي التعاطي الخفيف أو المعتدل في القدرات العقلية (انظر : مصري حنورة ، ١٩٩٣ ؛ Valdman, 1986) .

وأسفرت نتائج الدراسة التي قامت بها راوية دسوقي (١٩٩٥) عن أن هناك فروقاً جوهرية بين المتعاطين ( ن = ٤٠ ) وغير المتعاطين ( ن = ٤٠ ) للحشيش من

طلاب الجامعة من المصريين ، في كل من القلق والاكتئاب ، حيث ظهر أن المتعاطين أكثر قلقاً واكتئاباً بالمقارنة بغير المتعاطين .

وفي هذا الإطار الذي يحاول بحث العلاقة بين تعاطي المخدرات واضطرابات الشخصية ، توصلت سلوى عبد الباقي (١٩٩٢) من خلال دراستها لمجموعة من المدمنين (ن=٤٧) ومقارنتهم بأشخاص غير مدمنين (ن=٤٧) - توصلت إلى أن شخصية المدمن مضطربة ، وأن من دوافع الإدمان البطالة ، ووقت الفراغ ، والرفاق ، وحب الاستطلاع ، وكثرة النقود ، والرغبة في الاستمتاع .

وتوصل ناصر ثابت (١٩٨٤) من دراسته لأسباب تعاطي المخدرات بين عينة من الأشخاص ( ن = ٢٠٠) بدولة الامارات العربية المتحدة ، إلى أن من أهم هذه الأسباب وقت الفراغ ، والمشاكل الأسرية ، ومشاكل العمل . وتقترب هذه النتائج من نتائج الدراسة التي قام بها محمد حسن غانم (١٩٩٨) على عينة من المدمنين الذكور ( ن = ٩٤) بالمملكة العربية السعودية ، حيث تبين أن الأسباب التي تدفع الشباب إلى تعاطي المخدرات من وجهة نظر هؤلاء المدمنين هي المشكلات الأسرية ، الفراغ ، والبطالة ، حب الاستطلاع ، والأصدقاء ، والمشكلات الشخصية ، والإحباط ، وكثرة المال ، والسفر إلى الخارج ، والرغبة في زيادة المتعة الجنسية .

أما الدراسة التي أجراها عويد المشعان (١٩٩٩) عن أسباب تعاطي المخدرات لدى عينة من طلاب الجامعة حجمها (٣٠٣) ، فتوصلت إلى أن أسباب تعاطي المخدرات كما يراها بعض طلاب جامعة الكويت تتمثل في : رفقاء السوء ، والتفكك الأسري ، وضعف الوازع الديني ، وضعف الرقابة الأسرية ، وضعف

التوعية الإعلامية ، وقضاء وقت الفراغ ، وحب التجريب والاستطلاع ، والضغوط الاجتماعية ، وتوافر المال والترف .

وبوجه عام فإن أهم العوامل التي تركزت حولها جهود الباحثين في محاولتهم الكشف على منشأ تعاطي المخدرات أو المواد النفسية ، تتمثل في ثلاث فئات ، يتعلق بعضها بالشخص نفسه ، وأخرى تتعلق بالمادة المتعاطاة ، وثالثة تتعلق بالظروف البيئية المحيطة بالمتعاطي . ويندرج تحت الفئة الأولى من العوامل الخاصة بشخص المتعاطي عاملان رئيسيان هما : العوامل الوراثية أو البيولوجية ، والعوامل النفسية . ويندرج تحت الفئة الثانية الخاصة بالمادة النفسية المتعاطاة ثلاثة عوامل هي : توافر المادة ، والثمن ، وقواعد التعامل بشأنها . وتصنف تحت الفئة الثالثة مجموعة العوامل الاجتماعية بالمعنى الواسع بما في ذلك الإطار الحضاري والآليات الاجتماعية والأسرة والأقران ، وكل ما يسمى بالداعمات الثانوية أي عناصر الموقف الاجتماعي التي ارتبطت بشكل ما بخبرات التعاطي التي خاضها الشخص ، ومن ثم فقد أصبحت مثيرات يدفعه حضورها إلى مزيد من التعاطي أو التلهف على التعاطي (مصطفى سويف ، ١٩٩٦ ، ص٦٦) .

## القسم الثاني

## الدراسات التي تناولت تعاطي المواد المؤثرة في الأعصاب في مجتمعات أجنبية

في ضوء الاطلاع على تراث الدراسات الأجنبية التي تناولت مشكلة تعاطي المخدرات ، تبين أنه يمكننا تقسيمها إلى ثلاث مجموعات ، تركز إحداها على الجانب المسحي الوبائي ، وتتناول الثانية العوامل التي ترتبط بظاهرة التعاطي ، أما المجموعة الثالثة فتهدف إلى دراسة طرق وأساليب الوقاية والحد من ظاهرة التعاطي . ووفقاً لطبيعة الدراسة الحالية وأهدافها فسوف نقتصر على عرض دراسات المجموعتين الأولى والثانية فقط .

### أولاً : الدراسات التي تناولت مدى انتشار تعاطي المواد المؤثرة في الأعصاب في مجتمعات أجنبية

قام جونستون وآخرون (١٩٨٨) بدراسة تتبعية لتعاطي تلاميذ المدارس الثانوية بالولايات المتحدة الأمريكية في الفترة من ١٩٧٥ - وحتى ١٩٨٠ . وتكونت عينة الدراسة من ١٦,٥٢٤ طالباً . وكان من أهم نتائج هذه الدراسة أنها كشفت عن أن هناك تغيرات إيجابية جوهرية ظهرت بوضوح عام ١٩٨٠ عن السنوات السابقة ، ومن أهم هذه التغيرات الإيجابية ما يأتي :

١- بالنسبة لتدخين السجائر : لوحظ أنه حدث انخفاض حاد في معدل التدخين لدى التلاميذ ، مما أدى إلى تحسن عام في صحة هؤلاء التلاميذ .

٢- انخفضت أيضاً نسبة تعاطي الحشيش من ٣, ١٠٪ إلى ١, ٩٪ . كما انخفضت نسبة تعاطي عقاقير الهلوسة من ٧٪ إلى ٤, ٤٪ .

٣- بخصوص العقاقير المتطايرة التي يتم تعاطيها عن طريق الاستنشاق ، فقد تبين أنه بعد ارتفاع نسبة تعاطيها من سنة ١٩٧٤ إلى سنة ١٩٧٥ ، انخفضت بعض الشيء عام ١٩٨٠ وإن لم يكن انخفاضاً جوهرياً .

٤- بالنسبة لتعاطي الكوكايين والهيروين ، فظلت نسبة تعاطيهما ثابتة عبر سنوات الدراسة .

٥- أرجع القائمون بالدراسة الانخفاض الملحوظ في تعاطي بعض المواد النفسية عام ١٩٨٠ عن ذي قبل إلى حدوث تغيرات جوهرية في معتقدات الطلاب واتجاهاتهم نحو تعاطي هذه المواد . أما التغيرات السلبية التي كشفت عنها هذه الدراسة ، فقد تمثلت في ارتفاع نسب تعاطي بعض المواد الأخرى ، مثل المنبهات ، والمسكنات .

٦- وعن نسب انتشار التعاطي ولو مرة واحدة بين الطلاب عام ١٩٨٠ ، حصلت الكحوليات على أعلى نسبة (٣, ٩٣٪) ، ثم السجائر (٧١٪) ، ثم الحشيش (٣, ٦٠٪) ، ثم المنبهات (٤, ٢٦٪) ، والكوكايين (٧, ١٥٪) ، ثم المهدئات والمسكنات وعقاقير الهلوسة والمواد المتطايرة . أما فيما يتعلق بالتعاطي اليومي ، فقد حصلت السجائر على أعلى نسبة (٢١٪) ، ثم الحشيش (١, ٩٪) ، يليه الكحوليات (٦٪) .

٧- تبين أيضاً أن تعاطي الذكور اليومي أعلى من تعاطي الإناث بالنسبة للمواد الشديدة الخطورة مثل الحشيش والكحوليات ، بينما تزايدت نسب تعاطي

الإناث للمنبهات ، وكذلك تزايدت لديهن نسب التدخين اليومي للسجائر ، حيث وصلت نسبة الإناث ٧, ١٤٪ مقابل ٥, ١٣٪ للذكور .

وكشفت نتائج دراسة «سمارت وآخرون» (Smart et al., 1985) عن وجود انخفاض جوهري في نسب انتشار تعاطي بعض المواد المؤثرة في الأعصاب (مثل الحشيش والكحوليات) لدى عينات من الطلاب في أعمار تتراوح ما بين ١٢ ، و١٨ سنة ، في الفترة من عام ١٩٧٧ - ١٩٨٣ . وأرجع الباحثون ذلك إلى عدة عوامل منها : تقدم وسائل التربية والإعلام وتركيزها على خطورة هذه المواد ، وبالتالي تزايد وعي الطلاب بخطورتها . من هذه العوامل أيضاً التغيرات الثقافية والحضارية التي حدثت خلال تلك الفترة .

وقام «أودجرس وآخرون» (Odgers et al., 1996) بدراسة مدى انتشار المواد المؤثرة في الأعصاب بين طلاب المدارس الثانوية في المدن الأسترالية ، وأوضحت نتائج هذه الدراسة أن أكثر المواد انتشاراً بين هؤلاء الطلاب هي : الكحوليات ، الماريجوانا ،ثم التبغ ، يليه المهلوسات والمنشطات . كما كشفت الدراسة عن أن ٤٠٪ من مجموع المتعاطين يتعاطون مادة واحدة ، وأن ٤٠٪ يتعاطون مادتين أو ثلاث مواد ، وأن ٢٠٪ يتعاطون أربع مواد أو أكثر .

وهدفت دراسة شن جاك وآخرون (Chen et al., 2000) إلى التعرف على مدى انتشار تعاطي المواد المؤثرة في الأعصاب بين طلاب المدارس الثانوية في استراليا ، ممن يتحدثون بلغة أخرى غير الإنجليزية طبقاً لأصولهم العرقية . وقد جمعت البيانات عبر أربعة مسوح للطلاب من عمر ١٢- ١٦ سنة ، في الأعوام التالية : ١٩٨٣ ، ١٩٨٦ ، ١٩٨٩ ، ١٩٩٢ ، وكانت أعداد الطلاب في هذه المسوح

حسب ترتيبها على النحو التالي : ٣٩٣١ ، ٥٧٦٦ ، ٣٥٢٨ ، ٣٦٥٧ , وقد كشفت النتائج عن أن أغلب المتعاطين للكحول والسجائر والمواد النفسية الأخرى المحظورة ، كان العامل المشترك بينهم جميعاً أنهم أقل حديثاً باللغة الإنجليزية في المنزل مقارنة بمن يتحدثون باللغة الانجليزية أكثر بالمنزل . وقد كشفت النتائج أيضاً عن أن معظم من يقومون باستنشاق المواد الطيارة (المذيبات) أعمارهم تتراوح ما بين ١٢ : ١٤ سنة ، ويتحدثون بلغة أخرى أكثر من تحدثهم باللغة الانجليزية في المنزل .

وأجرى زوكوليو وزملاؤه (Zoccolillo etal., 1999) دراسة استهدفت إلقاء الضوء على مشكلات تعاطي المخدرات غير المشروعة وشرب الكحوليات لدى عينة من المراهقين قوامها ٨٧٩ من الذكور و ٩٢٩ من الإناث ، تراوحت أعمارهم بين ٢ , ١٤ - ٨ , ١٧ سنة . وقد أظهرت النتائج أن أكثر من ثلث العينة تعاطي المخدرات غير المشروعة أكثر من ٥ مرات ، وأن أكثر من ٧٠٪ من العينة قرروا أنهم ذهبوا إلى المدرسة بعد أن تعاطوا المخدرات ، ونسبة كبيرة من العينة ذكروا أنهم يمارسون الرياضة وهم متعاطون للمخدرات صباحاً . وأظهرت النتائج أيضاً أن ٩٤٪ من الذكور يتعاطون المخدرات في مقابل ٨٥٪ من الإناث ، وأن ثلثي عينة الذكور وأكثر من نصف عينة الإناث كانت لديهم ثلاث مشكلات أو أكثر تتعلق بتعاطي المخدرات غير المشروعة .

وقام فورسيز وآخرون (Forsyth et al., 1998) بدراسة هدفها تحديد معدل انتشار تعاطي المواد النفسية لدى عينة من طلاب المدارس الثانوية في اسكوتلاندا ، بلغ حجمها ٥٥٧ طالباً وطالبة ، تتراوح أعمارهم ما بين ١١-١٨ سنة . وأسفرت النتائج عنه أن ٩ , ٦٢٪ من العينة يدخنون التبغ في بعض الأوقات ، وأكثر

من ٣ , ٥٧٪ يدخنون بالفعل في الوقت الحاضر . كما أوضحت النتائج أن ٤ , ٦١٪ من العينة قد مروا بخبرة السكر مرة واحدة على الأقل ، وأظهرت النتائج أيضاً أن أكثر من نصف المبحوثين ٢ , ٦١ ٪ من لديهم خبرة السُكر ، قد قاموا بذلك أيضا خلال الشهر الماضي ، وكشفت النتائج أيضاً عن أن اكثر من ربع العينه ٢٦ ٪ تعاطوا مخدرات غير مشروعة ، وأن أكثر أنواع المخدرات التي تم تعاطيها كان القنب أو الحشيش . وكان استعمال أنواع أخرى من المخدرات ضئيل الي حد ما ١١ ٪ مقارنة بالحشيش . وأخيراً أظهرت النتائج أن الطلاب ما بين عمر ١٦ ، ١٧ عاماً ، كانوا أكثر تعاطياً للمخدرات غير المشروعة ، وتقدر نسبتهم بنحو ٦ , ٥٦٪ .

أما دراسة نستروم(Nystroem , 1992) فهدفت إلى الكشف عن الآثار السلبية والإيجابية لشرب الكحوليات بين طلاب الجامعة في فنلندا ، وتحديد سلوكيات الاستهداف للتعاطي . وتكونت عينة هذه الدراسة من ١٦٦٣ من الإناث ، و٧٠٧ من الذكور ، وكان من أهم نتائج هذه الدراسة ما يأتي :

- ذكرت الإناث أقل عدد من النتائج السلبية والإيجابية مقارنة بالذكور .
- أن الإناث أقل شرباً للكحول وغالباً أقل سُكراً .
- ٦ , ٧٤٪ من الإناث و٨٠ ٪ من الذكور لديهم خبرات إيجابية أكثر من الخبرات السلبية من تعاطي الكحول .
- ارتبطت كل من النتائج السلبية والإيجابية الناتجة عن تعاطي الكحول إيجابياً مع كمية استهلاك الكحول وتعاطي الكحول حتى السُكر .
- أكثر من نصف العينة الذين ذكروا نتائج إيجابية ، كانوا لا يشربون الكحول بنهم ، ولم يذكروا نتائج سلبية كثيرة .

- شعر الإناث بالنقص أو الدونية Inferiority وشعر الذكور بعدم الرضا لأغلب النتائج الإيجابية التي ذكروها .

وحول تعاطي الكحول بين الشباب الإسرائيلي ، قام بارنيا وزملاؤه (Barnea et al.,1992) بدراسة مسحية علي عينة قوامها ٨١٥١ طالباً يهودياً وغير يهودي بالمدارس الثانوية في إسرائيل ، تتراوح أعمارهم بين ١٢ - ١٨ سنة ، بالإضافة إلى ٩٧ من الأحداث الجانحين ، وأوضحت النتائج أن معدلات انتشار تعاطي الكحول خلال العام السابق لإجراء الدراسة كانت ٥٨٪ ، وخلال الشهر الماضي ٤٢٪ ، وخلال الأسبوع الماضي ٢٥٪ . وقد انتشر التعاطي بين المراهقين الذين ينتمون لأصول أوروبية ، كما تزايدت نسب التعاطي بين جناح الأحداث ، حيث كانت هذه الفئة أعلى في معدل التعاطي بالمقارنة بطلاب المدارس الثانوية .

وقد هدفت دراسة سمارت وأوجبورن (Smart & Ogborne , 2000) إلى رصد مستوى شرب الكحوليات ، ومعدل الشرب اليومي ، وكثافة الشرب بين طلاب المدارس في المرحلة العمرية من ١٣ - ١٧ سنة في ١٨ دولة . وأسفرت نتائج هذه الدراسة عن وجود فروق جوهرية بين الدول أو القوميات المختلفة في أنماط تعاطي الكحوليات ، وكذلك في معدل وحجم تعاطيها . وأوصت الدراسة بإجراء مزيد من البحوث لفهم أوجه التشابه والاختلاف بين الدول في أنماط شرب الكحول مع الاهتمام بفئة الطلاب المتعاطين .

ويحث فالزكويز وزملاؤه (Valazquez et al., 1992) معدلات انتشار تعاطي التبغ بين الطلاب في سبع مدارس ثانوية بالمكسيك ، واشتملت العينة على ٥١٨ طالباً ، ٤٨٢ طالبة ، ممن تراوحت أعمارهم بين ١١ : ١٨عاماً ، ينتمون إلى سبع

مدارس ثانوية ، وكشفت النتائج عن وجود فروق دالّة بين المجموعات العمرية والمستوى الاجتماعي والاقتصادي للمناطق التي ينتمي إليها الطلاب ، وقد كانت النسبة الكلية للتدخين حوالي ١٩٪ من العينة الكلية ، وكانت نسبة التدخين بين الذكور ٤٨ , ٢٠٪ ، وفي مجموعة الإناث ٤٣ , ١٧٪ . وقد بدأ المدخنون التدخين في عمر ١٣ سنة تقريباً .

وقام فلاترو وآخرون (Villatora et al., 1998) بدراسة مسحية لطرق تعاطي المخدرات بين طلاب المدارس الثانوية في المكسيك ، وذلك بهدف التعرف على المتعاطين في المناطق الحضرية المختلفة ، وتحديد أنماط التعاطي ، والسلوك المنتشر بين المراهقين ، مع تطوير نماذج تنبئوية لتعاطي المواد النفسية . أجرى المسح على ٤٠٥٢١ طالباً من طلاب المدارس الثانوية . وأشارت النتائج أن المراهقين الذكور الذين مارسوا عملاً خلال العام السابق ، كانوا أكثر أفراد الأسرة عرضة لمخاطر التعاطي وأكثرهم انتماءً للأقران المتعاطين للمواد النفسية ، كما زادت مخاطر أن يصبحوا متعاطين فضلاً عن كونهم أكثر عرضة للاكتئاب ، والأفكار الانتحارية ، ولديهم العديد من المشكلات الاجتماعية التي ترتبط بتعاطي المواد النفسية .

وقام دوجتون وزملاؤه (Daughton et al., 1997) بدراسة مسحية هدفها التعرف إلى معدلات تدخين السجائر بين الطلاب ، وتاريخ تعاطيهم للكحول ، ومعتقداتهم عن الاستهداف للاعتماد على المواد النفسية في المستقبل ، واشتملت عينة الدراسة على ٢٨٤ من طلاب الثانوي ، وقد أوضحت النتائج انتشار التدخين بين ٣٢٪ من الطلاب ، وأدلى ٨٤٪ من العينة وجود تاريخ سابق لتعاطي الكحول . كما أدلى ٥٢٪ من مدخني السجائر تعلقهم الشديد بالتدخين ، وأن هناك فرصة

لأن يصبحوا معتمدين بعد مرور ٥ سنوات . وفي المقابل أشار ٩٤٪ ممن يتعاطون الكحول بشكل منتظم أنه لا توجد فرصة لأن يصبحوا معتمدين على الكحول . كما قرر ٦ من بين كل ١٠ مدخنين أن التوقف عن تدخين السجائر لمدة ثلاثة أيام أمر صعب للغاية .

أما الدراسة التي قام بها اليكسون وزملاؤه (Ellickson at al., 1996) فهدفت إلى إلقاء الضوء علي نسب الانتشار والمنبئات الديموجرافية لسوء تعاطي المراهقين الأمريكيين للكحول . وتكونت عينة الدراسة من ٤٣٩٠ مراهقا . وقد أوضحت النتائج أن ٧٠ ٪ من المراهقين في الصف ١٢ قد أظهروا بعض أشكال سوء تعاطي الكحول خلال العام السابق ، وأن ما يزيد عن ٥٠٪ عايشوا خبرة أو أكثر لمشكلات ارتبطت بتعاطي الكحول ، وأن أكثر من ثلثي العينة مستهدفين بشكل مرتفع . وقد عايش الذكور والإناث علي حد سواء معدلات مرتفعة من سوء تعاطي الكحول . وعموماً فقد كان الأمريكيون من أصول أفريقية وآسيوية أقل استهدافاً أو احتمالاً لسوء تعاطي الكحول بالمقارنة بالأمريكيين البيض والذين ينتمون لأصول أسبانية .

وفحص كولين وزملاؤه (Cullen et al., 1999) الفروق بين الجنسين في سلوكيات الاستهداف للتعاطي خلال المرحلة الثانوية ، وتكونت عينة الدراسة من ٥٨٨١ طالباً وطالبة ، وتراوحت أعمارهم بين ١٤ - ٢١ سنة ، وقد كشفت نتائج الدراسة عن انخفاض التعاطي عن طريق الشم بالنسبة للإناث في نهاية مرحلة الثانوية ، في حين ارتفع معدل مشاركة الذكور لحفلات الشرب ، وعدد مرات التعاطي اليومي للكحول . وكشفت النتائج أيضاً عن انخفاض شرب الكحول وتعاطي المخدرات قبل الممارسات الجنسية بالنسبة للإناث .

وحول الفروق بين الجنسين في مسألة تعاطي المخدرات بحث لوكليا وجلوبيتي (Lo-Celia & Globetti, 1995) الفروق بين الجنسين في أنماط الشرب والمشكلات المرتبطة بذلك مثل مستويات السُكر ، وكمية تعاطي الكحول خلال الجلسة . وتكونت عينة الدراسة من ١٨١٥ طالباً وطالبة يدرسون بالجامعة . وكشفت النتائج عن أن الذكور أكثر تعاطياً للكحول واستخداماً له بالمقارنة بالإناث .

وهدفت دراسة توماس(Thomas , 1996) إلى الوقوف على الفروق بين الجنسين في بدايات شرب الكحول وتدخين التبغ ، وتعاطي المواد النفسية الأخرى ، وذلك من خلال استخدام منحي عوامل الاستهداف المفسر لبدايات التعاطي . وتكونت عينة الدراسة من ٤١٢ من الذكور ، و ٣٨٤ من الإناث من طلاب المدارس الثانوية ، وقد اشارت النتائج إلى وجود فروق بين الجنسين في عدد من عوامل الاستهداف في بدايات تعاطي الكحول وتدخين التبغ والمواد النفسية الأخرى ، وبالتالي في تحديد سن بدء تعاطي المواد النفسية . ودعمت النتائج أيضاً نموذج عوامل الاستهداف من حيث كونه منبئاً لبدايات تعاطي الكحول والتبغ والمواد النفسية الأخرى .

## ثانياً : الدراسات التي تناولت ظاهرة تعاطي المواد المؤثرة في الأعصاب في علاقتها ببعض العوامل النفسية والاجتماعية في مجتمعات أجنبية

لا تقتصر دراسات هذه المجموعة على مجرد الكشف عن معدلات انتشار وحجم ظاهرة التعاطي مثل دراسات المجموعة الأولى التي عرضنا لها ، ولكنها تحاول الربط بين هذه الظاهرة والعوامل الأخرى التي تقترن بها ، بهدف إلقاء الضوء على منشأ الظاهرة وما يصاحبها من تغيرات في مسارها وتطورها .

ومن الدراسات التي حاولت الكشف عن علاقة التعاطي ببعض المتغيرات ، تلك الدراسة التي قام بها كندلوند وآخرون(Kindlundh et al., 1999) بهدف تقويم أهم العوامل المرتبطة بتعاطي المخدرات ، وشملت هذه العوامل التغيرات الديموجرافية والاجتماعية ، وممارسة الأنشطة الرياضية ، وتعاطي التبغ ، وشرب الكحول ، تعاطي المواد النفسية ، والعنف ، باعتبارها من العوامل المهمة والمؤثرة في تعاطي المراهقين للعقاقير المنشطة . أجريت الدراسة على ٢٧٤٢ طالباً ، تراوحت أعمارهم بين ١٦ -١٧ سنة ، و ١١٥٠ تراوحت أعمارهم بين ١٨ - ١٩ سنة ، وقد أسفرت نتائج الدراسة عن أن قوة التدريب ، تدخين السجائر ، شرب الكحول بكثافة ، والتغيب عن المدرسة مرة أسبوعياً على الأقل ، وإقامة الطالب في المنزل بمفرده ، كانت متغيرات دالة ارتبطت بتناول العقاقير المنشطة . كذلك أوضحت النتائج أن تعاطي زيت الحشيش أو القنب Cannabis oil ، وعقاقير الهلوسة (LSD) ، والامفيتامينات ، والأفيون ، قد ارتبط بتناول العقاقير المنشطة . والخلاصة

أن تناول المنشطات يمكن أن يكون لأسباب أخرى غير ممارسة الرياضة ، وأنه يشيع تناولها مع الكحول والتبغ ، والأدوية النفسية Psychotropic drugs .

وفحص أوليري وآخرون (O'leary et al., 2000) العلاقة بين مستويات القلق والنتائج المترتبة على علاج متعاطي الكوكايين لدى عينة مكونة من ١٠٨ من المرضى ، تتراوح أعمارهم بين ١٦ ، ٣٥ سنة . وأوضحت النتائج أن هناك ارتباطاً جوهرياً بين القلق النفسي والنتائج السلبية لاستخدام الكوكايين .

وفي هذا الإطار توصل ماكجري وزملاؤه (McGree et al., 2000) إلى وجود ارتباط جوهري بين تعاطي القنب والتشوش الذهني لدى عينات من الطلاب يمثلون ثلاث مراحل عمرية ، (١٥ ، ١٨ ، ٢١سنة) .

وعن منبئات تعاطي المواد النفسية بين طلاب الثانوي قام فولكي وفروني (Voelki & Frone, 2000) بدراسة هدفت إلى الوقوف على منبئات تعاطي الطلاب في عدد من المدارس الثانوية بشكل خاص للكحول والماريوانا . وقد أجريت الدراسة على عينة من طلاب المدارس الثانوية ، وكان الافتراض العام هو أن تعاطي المواد النفسية في المدرسة يعتمد على الآتي :

١- الاستعداد الشخصي .

٢- مناسبة أو ملاءمة المكان للتعاطي في المدرسة .

٣- التفاعل بين الاستعداد الشخصي والفرصة المواتية .

وقد كشفت النتائج عن وجود تفاعلات عديدة بين العوامل السابقة في عملية التعاطي ، وأن الاستعدادات الشخصية ترتبط بقوة بتعاطي المواد النفسية في

المدرسة ، حين يعتقد الطلاب أن لديهم الفرصة لتعاطي الكحول والمواد النفسية الأخرى دون القبض عليهم أو الإمساك بهم .

وقام فلجلمان وزملاؤه(Feilgelman et al., 1998) بدراسة التعاطي المتعدد Polydrug بين طلاب الكليات الأمريكية ، وقد أجريت الدراسة على ١٧٥٩٢ طالباً من طلاب الكليات الأمريكية على أساس تحصيل البيانات التي جمعت في سنة ١٩٩٣ . وقد قارنت الدراسة بين أربع مجموعات من الشباب المتعاطي للمواد النفسية ، المجموعة الأولى ، والمقصور حضورها على الشباب الذي يتعاطى الكحول في الحفلات ، والثانية من متعاطي المواد النفسية المحظورة ، أما المجموعة الثالثة فهم من ذوي التعاطي المتعدد وبكثرة للكحول والمواد النفسية المحظورة ، والمجموعة الرابعة من المتعاطين للكحول مرات قليلة . وقد كشفت النتائج عن أن متعاطي المواد النفسية المتعددة كانوا أكثر انجذاباً للتصرفات الجنسية ، وكشفت النتائج عن أن المجموعة الثانية من متعاطي المواد النفسية شكلت أعلى نسبة بين الطلاب مقارنة بالمجموعات الأخرى ، وكشفت النتائج أيضاً عن أن من تعاطى الكحول خلال المرحلة الثانوية بكثرة كان من بين ذوي التعاطي المتعدد للمواد النفسية .

وقام بل وآخرون (Bell et al., 1997) بدراسة مسحية هدفت إلى إلقاء الضوء على الخلفية الاجتماعية والسمات الشخصية للطالب الجامعي الذي يُقدم على تعاطي الماريجوانا . وتكونت عينة الدراسة من ١٧٥٩٢ طالباً من ١٤٠ كلية بالولايات المتحدة الأمريكية . وأوضحت النتائج ما يأتي :

- ٢٤,٨٪ من الطلاب أقروا أنهم تعاطوا الماريجوانا خلال العام الماضي .
- معدلات التعاطي بين الطلاب تراوحت بين صفر٪ : ٥٤٪ .

- حددت النتائج بعض سمات أو خصائص الطلاب والكليات التي تنبئ بتعاطي الماريجوانا ، ومن هذه النتائج أن نسبة التعاطي للماريجوانا كانت أكبر بين الطلاب الذين يقومون برحلات يومية إلى كلياتهم ، وكذلك كانت نسبة التعاطي أعلى في الكليات التي توجد بها خمارات أو حانات داخل الحرم الجامعي .
- وظهر من خلال الدراسة أن الطالب الأعزب ، والأبيض ، والذي يقضي معظم وقته في الحفلات الاجتماعية ويقضي وقتاً أقل في الدراسة كان أكثر تعاطياً للماريجوانا .
- ارتفع تعاطي الماريجوانا بشكل ملحوظ بين الطلاب الذين يشتركون سوياً في سلوكيات الاستهداف مثل حضور حفلات الشراب ، وتدخين السجائر ، ولهم علاقات جنسية متعددة .
- ارتفع معدل التعاطي لدى الطلاب الذين يدركون ان الحفلات شيء مهم وأن الدين وخدمة المجتمع شيء غير مهم .

وبحث جلكسمان وآخرون (Gliksman et al., 1997) العلاقة بين تعاطي الكحول والمخدرات الأخرى وكل من المتغيرات التالية : العمر ، والجنس ، والصف الدراسي ، ومستوي تحصيل الطالب ، ومكان الإقامة . وتكونت عينة الدراسة من ٥٩٢٦ طالباً كندياً من طلاب الجامعة تتراوح أعمارهم بين ١٧-٢٦ سنة ، ممن أقروا بتعاطيهم للكحول ١٥جرعة خلال الأسبوع . وأظهرت نتائج هذه الدراسة ما يأتي :

- أن عينة الطلاب من ٢٣-٢٥ وما بعد ٢٦ سنة ، كانوا أقل احتمالاً لتعاطي أو

استهلاك هذه الكمية مقارنة بالعينة التي تتراوح بين ١٧-١٩ سنة .

- الطلاب الذين حصلوا علي مرتبة D ، C ، B كان متوسط استهلاكهم خلال الأسبوع ٢,٣ ، ٢,٥ ، ١,٥ مرة علي أكثر الاحتمالات علي التوالي .
- تبين أن طلاب العلوم الاجتماعية والآداب كانوا أكثر تعاطياً لهذه الكمية .

أما عن علاقة الدين والثقافة بتعاطي الكحوليات فقد قام انجز وآخرون (Engs et al., 1990) بدراستها لدي عينة قوامها ٤٩١١ طالباً جامعياً من كندا ، و١٦٨٧ طالباً أمريكيا من البروتستانت والأرمن والكاثوليك واليهود ، وكشفت نتائج هذه الدراسة عما يأتي :

- أن الطلاب الأمريكيين سواء البروتستانت أو الأرمن أو الكاثوليك كانوا أكثر استهلاكاً للكحول ، ولديهم مشكلات في تعاطي الكحول مقارنة بعينة الطلاب الكنديين داخل نفس المجموعات الدينية .
- يوجد توجه عام لدى البروتستانت بالامتناع عن الشراب ، ولم توجد فروق في استهلاك الكحول أو المشكلات المتعلقة بالشراب بين البلدين .
- بالنسبة لليهود كانت النتائج مختلفة ، حيث كشفت النتائج عن أن معدل الاستهلاك متشابه بين البلدين لدى اليهود ، ولكن ذكر اليهود والأمريكيون عدداً كبيراً من المشكلات المتعلقة بالشراب مقارنة بالكنديين .
- وتخلص النتائج إلى أن معيار الدين له أعظم الأثر في المجموعات الدينية المتماسكة ، في حين أن معيار الثقافة كان له تأثير واضح بين المجموعات الأقل تماسكاً .

وتوصل فولراس (Vollrath . 1998) إلى وجود علاقة بين ضغوط الحياة والتدخين بشراهة لدي عينة من طلاب الجامعة قوامها ٧٢٦ طالباً .

وبحث تورابي (Torabi , 1989) العوامل المرتبطة بتدخين السجائر لدى عينة من طلاب الجامعة بكل من تركيا ( ٤٠٦ من الجنسين ) ، وأمريكا (٤٠٥ من الجنسين ) . وكشفت النتائج عما يأتي :

- معظم أفراد العينة سواء الأتراك أو الأمريكيين يدخنون السجائر ، ولكن عدد مدخني السجائر في تركيا أكبر من عدد مدخني السجائر من الطلاب الأمريكيين .
- تدخن العينة التركية بشراهة أكثر من عينة الطلاب الأمريكيين .
- مصنع التبغ لدى عينة الطلاب الأمريكيين كان أكثر شعبية .
- من المتغيرات التي ساعدت على تمييز المدخنين عن غير المدخنين :-المعتقدات الدينية ، عادات تدخين الآباء ، والجنس ، والفرقة الدراسية .
- كانت أكثر المتغيرات تمييزاً بين المدخنين وغير المدخنين في العينتين الدين والمستوى التعليمي للأب .

وحول معدل انتشار استنشاق والمذيبات بين تلاميذ المدارس الثانوية باليابان وأسلوب حياتهم ، توصل كل من وادا وفوكوي (Wada& Fukui, 1993) من دراستهما علي عينة قوامها ٥٢٤٠ طالباً ، تراوحت أعمارهم بين ١٢-١٥ سنة ، توصلا إلى أن استنشاق المذيبات ينتشر بين الطلاب بنسبة ٥, ١ ٪ ، وقد اتسم أسلوب حياة أبناء المتعاطين بالاضطراب بالمقارنة بغير المتعاطين ، كما كانت حياتهم المدرسية والأسرية أقل استقراراً ، وقد تبين وجود علاقة إيجابية بين تعاطي الكحول

والتدخين واستنشاق المذيبات ، وتلفت الدراسة الانتباه إلى أن زيادة المستوي التعليمي للأسرة له تأثير في عدم استنشاق المذيبات ، وإلى أن تناول أفراد الأسرة معاً للطعام يجب أن يكون محل اعتبار في استراتيجيات الوقاية .

وقام سمارت وزملاؤه (Smart et al., 1994) بدراسة هدفت إلى فحص العلاقة بين تعاطي المراهقين للمخدرات ، والمستوي الاجتماعي الاقتصادي للمنطقة السكنية . وأجريت الدراسة على مجموعه من طلاب الصفوف ١١ ، ١٣ بمدينة تورنتو . وقد كشفت النتائج عن أن تعاطي الكحول والمخدرات كان أكثر انتشاراً في المناطق التي انخفض فيها المستوي الاجتماعي والاقتصادي ، والمناطق المرتفعة في تعاطي المواد النفسية كانت أعلى في معدل غياب أحد الوالدين ، والأقل دخلاً ، كما اتسمت بانخفاض معدل الأنفاق الحكومي عليها ، إضافة إلى أنهم يعانون من مشكلات اجتماعية وعرقية ، وانتشار مشكلات السلوك الجانح delinquency ، في حين كانت مناطق الطبقة الوسطى الأعلى من حيث انتشار تعاطي الكحول ، وإن كانت أقل بالنسبة لباقي المناطق في تعاطي المخدرات . وتلفت هذه النتائج الانتباه إلى العلاقة بين مظاهر الفقر وأنماط تعاطي المراهقين للمواد النفسية .

وأجرى وادا وفوكي (Wada & Fukui , 1994) دراسة مسحية حول معدل انتشار تدخين التبغ بين عينة من المراهقين اليابانيين قوامها ٥٢٤٠ طالباً ، تراوحت أعمارهم بين ١٢- ١٥ سنة . وأوضحت النتائج أن ٣٠,٥٪ من عينة الذكور و١٣,٢ ٪ من الإناث و٢٢,٢ ٪ من إجمالي العينة قد مروا بخبرة التدخين في حياتهم ، وأن ٣,٥٪ من الذكور و٠,٨ ٪ من الإناث ، و٢,٢٪ من إجمالي العينة

كانوا يدخنون بصفة يومية ، وقد أوضحت النتائج أن معدل التدخين يزيد في ظل وجود برنامج حياتي روتيني يتسم بالملل وحياة عائلية غير مريحة أو بها مشكلات .

أما جولدان وآخرون(Gul-dan et al., 1993) فبحثوا الحيز الاجتماعي Social Space لدى مجموعتين من المراهقين المعتمدين على المواد النفسية ، اشتملت المجموعة الأولى على ٢٧ معتمداً على الأفيون ممن تراوحت أعمارهم بين ١٥ - ١٧ سنة ، أما المجموعة الثانية فقد تكونت من ٣٣ طالباً من غير المتعاطين يمثلون المجموعة الضابطة ، وقد تم قياس الحيز الاجتماعي عن طريق تحديد المسافة النفسية بين المعتمدين والمجموعات الاجتماعية المحيطة بهم (مثل الأسرة ، زملاء الفصل ، الأصدقاء خارج المدرسة) ودرجة اندماج الشخص مع هذه الجماعات ، كما تم استخدام الأساليب الإسقاطية وذلك لدراسة التوقعات والعزو السببي Causal attributions لكل جماعة اجتماعية في علاقتها بالمعتمدين ، وقد كشفت النتائج عن وجود علاقة بين السمات السلوكية والشخصية للمعتمدين والحيز الاجتماعي .

أما الدراسة التي قام بها كارفالو وزملاؤه (Carvalho et al., 1995) فهدفت إلى فحص العلاقة بين العلاقات الأسرية ومعدل تناول الكحول والمخدرات ، لدى عينة قوامها ١٦٣٧٨ طالباً برازيلياً تراوحت أعمارهم بين ١٣ - ١٨ سنة . وقد ركزت الدراسة اهتمامها على نوعين من المتغيرات ، الأول : يتمثل في المتغيرات الذاتية ، وتشمل : إدراك المراهقين أنفسهم للعنف في المنزل ، الحوار حول المشكلات ، واهتمام الوالدين بهم ، واشتمل النوع الثاني على ما يعرف بالمتغيرات الموضوعية مثل : الرضا الزواجي للوالدين . وقد أشارت النتائج إلى أن أكثر المتغيرات ارتباطاً بتعاطي الكحول والمخدرات لدى المراهقين هي : (١) العنف

الأسري (٢) الحوار حول المشكلات (٣) الرضا الزواجي (٤) اهتمام الوالدين بالمراهقين ، ثم العنف داخل الأسرة . ومن ثم فإن النتائج تلفت الانتباه إلى العنف الأسري بوصفه أكثر العوامل ارتباطاً بتعاطي الكحول والمخدرات ، وأن المناخ البيئي الأسري أكثر أهمية من الرضا الزواجي في ظهور سلوك التعاطي .

وقام آليسون وزملاؤه (Allison et al., 1997) بدراسة هدفت إلى الوقوف على تأثير توترات الحياة ، واستجابات المواجهة على تدخين المراهقين للسجائر ، وتعاطي الكحول ، وتعاطي الحشيش . وتضمنت الدراسة أربعة عوامل تعكس توترات الحياة بالنسبة للمراهقين هي : التوترات الناشئة عن العدوان ، التوترات الاجتماعية ، التوترات الأسرية والتوترات المدرسية . كما تم تحديد عدة عوامل من أنماط المواجهة تمثلت في : الانحراف ، السلبية ، الاعتراض ، الانسحاب . وأسفرت النتائج عن وجود علاقة إيجابية بين التعرض لتوترات الحياة وتدخين السجائر ، وشرب الكحول ، وتعاطي الحشيش أو القنب ، وذلك في ظل وجود تأثير لأساليب المواجهة السلبية ومتغيرات التأثير الاجتماعي . وكان لعامل التوترات الناشئة عن العدوان التأثير القوي لتعاطي المراهقين للمواد النفسية بالمقارنة بعوامل توترات الحياة الأخرى .

## تعقيب على الدراسات التي تناولت

## تعاطي المواد المؤثرة في الأعصاب

من خلال عرضنا لعدد من الدراسات السابقة التي تناولت ظاهرة التعاطي ، يمكننا استخلاص ما يأتي :

١ - انقسمت الدراسات التي أجريت في مجتمعات عربية إلى قسمين : تناول أولهما مدى انتشار ظاهرة التعاطي بين شرائح مختلفة من المجتمع ، أما الثاني فتركز على الكشف عن علاقات منتظمة تلقي الضوء على منشأ الظاهرة وعلى ما يحدث في مسارها من تغيرات ، وهي علاقات ليست علية ، ولكنها علاقات مصاحبة واقتران بين المتغيرات .

٢ - أما الدراسات التي أجريت في مجتمعات أجنبية ، فقد انقسمت إلى ثلاثة أقسام : هدف أولها إلى الوقوف على مدى انتشار الظاهرة ، أما الثاني فيدور حول علاقة ظاهرة التعاطي ببعض المتغيرات ، أما القسم الثالث من البحوث الأجنبية فتركز على موضوع الوقاية من تعاطي المواد النفسية . وقد لوحظ أن التراث العربي يفتقد إلى هذا القسم الثالث من البحوث ، وكل ما يوجد من اهتمام في هذا المجال على المستوى العربي مجرد تصورات نظرية لإمكانيات الوقاية من التعاطي ، ولازالت بعيدة عن مستوى الممارسة على أرض الواقع .

٣ - لوحظ أن معظم الدراسات السابقة - سواء العربية أم الأجنبية - أجريت على عينات من الطلاب ، والقليل منها الذي أجري على شرائح من الجمهور العام والعاملين في مجالات مختلفة .

٤ - اتضح أيضاً من خلال استقرائنا للدراسات الوبائية التي أجريت في إطار المجتمعات العربية أن معظمها تركز على المجتمع المصري فقط ، أما ما تم من بحوث في مجتمعات عربية أخرى فقد أجريت على عينات محدودة للغاية ، ويصعب تعميم ما كشفت عنه من نتائج .

٥ - لوحظ على الدراسات والبحوث الوبائية أنها لم تقتصر على وصف معدلات الانتشار ، ولكنها حاولت ربط هذه المعدلات بمتغيرات نفسية واجتماعية عديدة : مثل المتغيرات الديموجرافية ، والسياق النفسي الاجتماعي ، والظروف الأسرية ، والمستوى الاجتماعي الاقتصادي ، ومستوى تحصيل الطالب ، والانحرافات السلوكية ، والمشاركة في النشاطات الاجتماعية . . . إلخ .

٦ - تبين أيضاً من الدراسات السابقة أنها كشفت عن تفاقم مشكلة تعاطي المواد النفسية ، وأن هناك ظاهرة تستحق مزيداً من الاهتمام والبحث العلمي ، بهدف مواجهتها وإمكانية الحد منها مستقبلاً . وعند المقارنة بين معدلات انتشار الظاهرة في كل من المجتمعات العربية والأجنبية ، اتضح أن المشكلة تتزايد في المجتمعات الأجنبية ، وخاصة تعاطي الكحوليات .

٧ - أوضحت الدراسات السابقة أهمية التوعية الإعلامية ودور وسائل الإعلام المختلفة (المقروءة والمسموعة والمرئية) في الوقاية من تعاطي المخدرات .

٨ - تبين أن هناك ندرة في البحوث التي تناولت ظاهرة تعاطي المواد المؤثرة في الأعصاب في المجتمع الكويتي بوجه عام ، ولدى طلاب المدارس الثانوية بوجه خاص- على الرغم مما تمثله هذه المرحلة العمرية من أهمية في هذا الشأن ، وكان هذا هو أحد المسوغات الأساسية للقيام بهذه الدراسة .

## الفصل الرابع

# الإجراءات المنهجية للدراسة

أولاً : عينـــة الدراســـة

ثانياً : الأداة المستخدمـــة

ثالثاً : ظـــروف التطبيـــق

رابعاً : خطة التحليلات الإحصائية

تشتمل الإجراءات المنهجية لهذه الدراسة على كل من عينة الدراسة ومواصفاتها ، والأدوات المستخدمة ، وظروف التطبيق الميداني ، وخطة التحليلات الإحصائية . ونعرض لهذه الجوانب على النحو الآتى :

## أولاً : عينة الدراسة

تكونت عينة الدراسة من(٤٠٠٢)(*) من طلاب المدارس الثانوية الحكومية بلغ عدد الذكور منهم (٢١٧٢) (**) طالباً بنسبة ٥٤,٣٪ من إجمالي العينة ، أما عدد الإناث فكان (١٨٣٠) (***) طالبة بنسبة ٤٥,٧٪ ٠ وقد تراوح المدى العمري للعينة الكلية بين ١٣-٢١ سنة ، بمتوسط ١٦,٧٦ سنة ، وانحراف معياري ١,٨١ سنة . أما بالنسبة لعينة الذكور فكان متوسط أعمارهم ١٦,٧سنة ، بانحراف معياري ١,٥٥ سنة . وبخصوص عينة الإناث كان متوسط أعمارهن ١٦,٨٣ سنة ، بانحراف معياري ٢,٠٧ سنة . وقد روعي فى اختيار عينة الدراسة أن تكون ممثلة لمختلف محافظات دولة الكويت ، ومن نظامي التعليم ، ومن الجنسين ، ومن مختلف الصفوف الدراسية ، حيث تم اختيار أفراد العينة من ٣٠ مدرسة حكومية ، بواقع ست مدارس من كل منطقة تعليمية من المناطق الخمس ، نصفها من البنين ، والنصف الثاني من البنات .

---

(*) يمثل هذا العدد ٦,٣٪ من إجمالي الطلبة والطالبات بالمدارس الثانوية الحكومية بدولة الكويت ، والبالغ عددهم ٦٣,٤٩٤ بحسب بيانات وزارة التربية للعام الدراسي ٢٠٠٠/ ٢٠٠١

(**) يمثل هذا العدد ٧,٤٪من إجمالي عدد الطلاب الذكور بالمدارس الثانوية الحكومية على مستوى دولة الكويت ، والبالغ عددهم بحسب بيانات وزارة التربية ٢٩,٣٠٤ طالب .

(***) يمثل هذا العدد ٥,٤٪من إجمالي عدد الطالبات بالمدارس الثانوية الحكومية بدولة الكويت ، والبالغ عددهن ٣٤,١٩٠ طالبة .

ونعرض في الجدول التالي رقم (٣) لخصائص عينة الدراسة .

جدول رقم ( ٣ )
خصائص عينة الدراسة

| المتغيرات / العينة | ذكور(ن= ٢١٧٢) | | إناث (ن=١٨٣٠) | | إجمالي(ن=٤٠٠٢) | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | عدد | ٪ | عدد | ٪ | عدد | ٪ |
| (١) المنطقة التعليمية : | | | | | | |
| ١ - العاصمة | ٤٣٢ | ١٩,٩ | ٤٣٦ | ٢٣,٨ | ٨٦٨ | ٢١,٧ |
| ٢ - حولي | ٢٨٣ | ١٣,٠ | ٣٠٠ | ١٦,٤ | ٥٨٣ | ١٤,٦ |
| ٣ - الفروانية | ٦٢٠ | ٢٨,٤ | ٥٥٧ | ٣٠,٤ | ١١٧٧ | ٢٩,٤ |
| ٤ - الجهراء | ٣٨٢ | ١٧,٦ | ٩٧ | ٥,٣ | ٤٧٩ | ١١,٩ |
| ٥ - الأحمدي | ٤٥٥ | ٢٠,٩ | ٤٤٠ | ٢٤,٠ | ٨٩٥ | ٢٢,٤ |
| ٦ - غير مبين | - | - | - | - | - | - |
| (٢) النظام التعليمي : | | | | | | |
| ١ - عام | ١١٨٧ | ٥٤,٧ | ٨٢٧ | ٤٥,٢ | ٢٠١٤ | ٥٠,٣ |
| ٢ - مقررات | ٩٨٥ | ٤٥,٣ | ١٠٠٣ | ٥٤,٨ | ١٩٨٨ | ٤٩,٦ |
| ٣ - غير مبين | - | - | - | - | - | - |
| (٣) الصف الدراسي : | | | | | | |
| ١- الأول | ٤٥٣ | ٢٠,٩ | ٣١٣ | ١٧,١ | ٧٦٦ | ١٩,١ |
| ٢- الثاني | ٤٥٦ | ٢١,٠ | ٣٩٦ | ٢١,٦ | ٨٥٢ | ٢١,٣ |
| ٣- الثالث أدبي | ٥٣٢ | ٢٤,٥ | ٣٦٨ | ٢٠,١ | ٩٠٠ | ٢٢,٥ |
| ٤- الثالث علمي | ٤٤١ | ٢٠,٣ | ٢٢٧ | ١٢,٤ | ٦٦٨ | ١٦,٧ |
| ٥- الرابع أدبي | ١٥٦ | ٧,٢ | ٣٢٦ | ١٧,٨ | ٤٨٢ | ١٢,٠ |
| ٦- الرابع علمي | ١٣٤ | ٦,٢ | ٢٠٠ | ١٠,٩ | ٣٣٤ | ٨,٣ |

## تابع جدول رقم (٣)

| المتغيرات / العينة | ذكور(ن= ٢١٧٢) عدد | ٪ | إناث (ن=١٨٣٠) عدد | ٪ | إجمالي(ن=٤٠٠٢) عدد | ٪ |
|---|---|---|---|---|---|---|
| (٤) الحالة الدراسة : | | | | | | |
| ١- لم يسبق الرسوب | ١٢٧٩ | ٥٨,٩ | ١٢٣٥ | ٦٧,٥ | ٢٥١٤ | ٦٢,٨ |
| ٢ - رسوب مرة واحدة | ٤٩٦ | ٢٢,٨ | ٢٩٢ | ١٥,٩ | ٧٨٨ | ١٩,٧ |
| ٣ - رسوب مرتين | ١٨٣ | ٨,٤ | ١٣٤ | ٧,٣ | ٣١٧ | ٧,٩ |
| ٤ - أكثر من مرتين | ١٥٤ | ٧,١ | ١١٠ | ٦,٠ | ٢٦٤ | ٦,٦ |
| غير مبين | ٦٠ | ٢,٨ | ٥٩ | ٣,٢ | ١١٩ | ٣,٠ |
| (٥) الإقامة : | | | | | | |
| ١ - مع الأسرة | ٢١٤٨ | ٩٨,٩ | ١٧٨٧ | ٩٧,٧ | ٣٩٣٥ | ٩٨,٣ |
| ٢ - بعيداً عنها | ٢٠ | ٠,٩ | ٢٧ | ١,٥ | ٤٧ | ١,٢ |
| غير مبين | ٤ | ٠,٢ | ١٦ | ٠,٩ | ٢٠ | ٠,٥ |
| (٦) مستوى السكن : | | | | | | |
| ١ - دخل محدود | ٥٦٨ | ٢٦,٢ | ٣٥٩ | ١٩,٦ | ٩٢٧ | ٢٣,٢ |
| ٢ - دخل متوسط | ٧٢٢ | ٣٣,٢ | ٧٥٠ | ٤٠,٩ | ١٤٧٢ | ٣٦,٨ |
| ٣- فيلا | ٧٩٤ | ٣٦,٦ | ٦٥٥ | ٣٥,٨ | ١٤٤٩ | ٣٦,٢ |
| ٤-غير مبين | ٨٨ | ٤,٠ | ٦٦ | ٣,٦ | ١٥٤ | ٣,٨ |
| (٧) تعليم الأب : | | | | | | |
| ١ - أمي | ٢٢٥ | ١٠,٤ | ١٤٦ | ٧,٩ | ٣٧١ | ٩,٣ |
| ٢ - يقرأ ويكتب | ٢٦٧ | ١٢,٣ | ١٧٧ | ٩,٧ | ٤٤٤ | ١١,١ |
| ٣ - ابتدائية | ١١٨ | ٥,٤ | ١٠٠ | ٥,٥ | ٢١٨ | ٥,٤ |
| ٤ - متوسطة | ٤٠٩ | ١٨,٨ | ٣٥٤ | ١٩,٣ | ٧٦٣ | ١٩,٠ |
| ٥ - ثانوية | ٤٣٣ | ١٩,٩ | ٤٢٦ | ٢٣,٣ | ٨٥٩ | ٢١,٤ |
| ٦ - جامعية | ٤٤٩ | ٢٠,٧ | ٤١٥ | ٢٢,٧ | ٨٦٤ | ٢١,٦ |
| ٧ - عليا | ٢٢١ | ١٠,٢ | ١٧١ | ٩,٣ | ٣٩٢ | ٩,٨ |
| * غير مبين | ٥٠ | ٢,٣ | ٤١ | ٢,٢ | ٩١ | ٢,١ |

## ثانياً : الأداة المستخدمة في الدراسة

أُستخدم فى هذه الدراسة أداة مصدرها استخبار مكون من ٨٧ سؤالاً ، تم تكوينه واستخدامه فى أول دراسة وبائية قام بها أعضاء البرنامج الدائم لبحوث تعاطى المخدرات بالمركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية بالقاهرة عام ١٩٧٧(انظر : مصطفى سويف وآخرون ،١٩٨٧) .

وقد قام الباحثان القائمان بهذه الدراسة بإدخال بعض التعديلات على هذا الاستخبار ، بالحذف والإضافة ، واستخدام صورة مختصرة من هذا الاستخبار اشتملت على ٦٥ بنداً ،٥٩ بنداً منها مأخوذة من الأداة الأصلية ، وستة بنود تمت إضافتها تتناول تعاطى الهيروين والمخدرات الأخرى ،ومدى انتشار تعاطى المخدرات فى المدرسة ،وطرق الوقاية من تعاطي المخدرات .

ويشتمل الاستخبار المستخدم فى هذه الدراسة على عدة جوانب أساسية ، نعرض لها على النحو التالي :

١- البيانات الأولية أو الديموجرافية :وتشتمل على عدة جوانب ، مثل : المنطقة التعليمية ،والجنس ،الصف الدراسي ،مستوى التحصيل ،عدد الأخوة ، مستوى السكن ،المستوى التعليمي للوالدين .

٢- مدى الإصابة بالأمراض الجسمية والنفسية ، والاشتراك فى الأنشطة الاجتماعية .

٣- التعرف على المواد المؤثرة فى الأعصاب من خلال عدة مصادر ، مثل الرؤية المباشرة ، ووجود أصدقاء وأقارب يتعاطون هذه المواد .

٤- المعتقدات حول تأثير هذه المواد من حيث فائدتها أو ضررها .

٥- التعاطي الفعلي للمواد النفسية المؤثرة فى الأعصاب (التدخين سواء السجائر أو الشيشة ، الأدوية النفسية ،المخدرات الطبيعية ، الكحوليات ، الهيروين) .

٦- المتغيرات المرتبطة بالتعاطي ، مثل العمر عند بدء التعاطي أول مرة ، والدور الإيجابي والسلبي فى الحصول على المخدر ، ومدى الاستمرار فى تعاطيها ، والانتظام فى تعاطيها ،ومدى الإقدام أو الإحجام عن تعاطى المواد المؤثرة فى الأعصاب .

٧- الانحرافات السلوكية :واشتملت على ١٣بنداً فرعياً ، وتشتمل على عدة جوانب ، منها الشجار مع المدرسين ، الهروب من المدرسة ، الاعتداء على المدرسين ، الفصل من المدرسة ، الطرد من غرفة الدراسة ، الغش فى الامتحانات ، السرقة من الزملاء . . . إلخ .

ويخصوص ثبات هذا المقياس وصدقه ، فعلى الرغم من توافر معاملات ثبات وصدق مرتفعة له فى العديد من الدراسات والبحوث السابقة التى استخدمته (منها مصطفى سويف وآخرون ١٩٨٧ ، ؛ وعبد الحليم محمود السيد ، وآخرون ١٩٩١ ؛ Soueif et al.; 1980; 1985 ) ، فقد قمنا بتقدير ثباته وصدقه في هذه الدراسة على النحو الآتى :

**أ- ثبات الأداة :**

تم تقدير ثبات الأداة المستخدمة بطريقة إعادة التطبيق بعد فاصل زمني يتراوح بين ١٠-١٥ يوماً بين التطبيق الأول والثاني ، وذلك على عينة قوامها (١١٩) طالبا

وطالبة بالمدارس الثانوية . ونظراً لأن بنود المقياس المستخدم تعد بنوداً مستقلة تقيس مجالات متباينة ،فقد تم حساب ثبات كل بند عن طريق ارتباطه مع نفسه عبر الزمن المنقضي بين التطبيق الأول والثاني . واستخدمنا فى تقدير الثبات عدة أساليب وفقا لطبيعة البند وفئات الاستجابة عليه ، فقد استخدمنا أحيانا النسب المئوية للاتفاق ،ومعاملات الارتباط أو التوافق أحياناً أخرى . وقد جاءت معاملات ثبات أسئلة المقياس مقبولة الى حد كبير ، وذلك كما هو مبين فى الجدول التالي رقم (٤)

جدول رقم (٤)

بيان بتقديرات الثبات (بطريقة إعادة التطبيق)

لبنود الاستخبار على مجموعة من طلاب المدارس الثانوية

| رقم السؤال | مضمون السؤال | ن | معامل الثبات | أسلوب التقدير |
|---|---|---|---|---|
| ٢ | المنطقة التعليمية | ١١٩ | ١٠٠٪ | نسبة اتفاق |
| ٣ | النظام التعليمي | ١١٩ | ١٠٠٪ | نسبة اتفاق |
| ٥ | العمر | ١١٩ | ٠,٨٧٪ | بيرسون |
| ٧ | الصف الدراسي | ١١٩ | ٩٦٪ | نسبة اتفاق |
| ٨ | الحالة الدراسية | ١١٩ | ٠,٨٢٪ | معامل توافق |
| ١٠ | السكن مع الأسرة | ١١٩ | ٩٦٪ | نسبة اتفاق |
| ١١ | عدد الأخوة | ١١٩ | ٠,٧٥ | بيرسون |
| ١٢ | مستوى السكن | ١١٩ | ٠,٧٣ | معامل توافق |
| ١٣ | وجود الأب على قيد الحياة | ١١٩ | ١٠٠٪ | نسبة اتفاق |
| ١٤ | مستوى تعليم الأب | ١١٩ | ٠,٧٧ | معامل توافق |

## تابع جدول رقم (٤)

| رقم السؤال | مضمون السؤال | ن | معامل الثبات | أسلوب التقدير |
|---|---|---|---|---|
| ١٥ | وجود الأم على قيد الحياة | ١١٩ | ١٠٠٪ | نسبة اتفاق |
| ١٦ | مستوى تعليم الأم | ١١٩ | ٠,٨٠ | معامل توافق |
| ١٧ | وجود أمراض جسمية | ١١٩ | ٨٥٪ | نسبة اتفاق |
| ١٨ | وجود أمراض نفسية | ١١٩ | ٨٢٪ | نسبة اتفاق |
| ١٩ | الاشتراك في نشاطات خارجية | ١١٩ | ٨٣٪ | نسبة اتفاق |
| ٢٠ | الاشتراك في نشاطات مدرسية | ١١٩ | ٧٧٪ | نسبة اتفاق |
| ٢١ | تدخين السجائر | ١١٩ | ٩٤٪ | نسبة اتفاق |
| ٢٢ | عدد السجائر | ١١٩ | ٠,٨٥ | معامل توافق |
| ٢٥ | تدخين الشيشة | ١١٩ | ٩٠٪ | نسبة اتفاق |
| ٢٦ | الرؤية المباشرة للأدوية | ١١٩ | ٧٧٪ | نسبة اتفاق |
| ٢٧ | وجود أصدقاء يتعاطون الأدوية | ١١٩ | ٨٥٪ | نسبة اتفاق |
| ٢٨ | وجود أقارب يتعاطون الأدوية | ١١٩ | ٨٨٪ | نسبة اتفاق |
| ٢٩ | الاعتقاد في الأدوية المهدئة | ١١٩ | ٧٥٪ | نسبة اتفاق |
| ٣٠ | الاعتقاد في الأدوية المنشطة | ١١٩ | ٧٩٪ | نسبة اتفاق |
| ٣١ | الاعتقاد في الأدوية المنومة | ١١٩ | ٧١٪ | نسبة اتفاق |
| ٣٢ | تعاطي الأدوية بدون أمر الطبيب | ١١٩ | ٨٨٪ | نسبة اتفاق |
| ٣٣ | العمر عند بدء تعاطي الأدوية | - | - | - |
| ٣٤ | السعي للحصول على الأدوية لأول مرة | - | - | - |
| ٣٥ | الاستمرار في تعاطي الأدوية | - | - | - |
| ٣٦ | الانتظام في تعاطي الأدوية | - | - | - |

## تابع جدول رقم (٤)

| رقم السؤال | مضمون السؤال | ن | معامل الثبات | أسلوب التقدير |
|---|---|---|---|---|
| ٣٧ | الإقدام والامتناع عن تعاطي الأدوية | ١٠٠ | ٧٨٪ | نسبة اتفاق |
| ٣٨ | رؤية المخدرات الطبيعية | ١١٩ | ٨٦٪ | نسبة اتفاق |
| ٣٩ | وجود أصدقاء يتعاطون المخدرات | ١١٩ | ٩٠٪ | نسبة اتفاق |
| ٤٠ | وجود أقارب يتعاطون المخدرات | ١١٩ | ٩٣٪ | نسبة اتفاق |
| ٤١ | الاعتقاد في تعاطي المخدرات | ١١٩ | ٩٧٪ | نسبة اتفاق |
| ٤٢ | تعاطي المخدرات ولو مرة واحدة | ١١٩ | ٩٦٪ | نسبة اتفاق |
| ٤٣ | نوع المخدرات التي يتعاطاها الشخص | - | - | - |
| ٤٤ | العمر عند بدء تعاطي المخدرات أول مرة | - | - | - |
| ٤٥ | السعي للحصول على المخدرات أول مرة | - | - | - |
| ٤٦ | الاستمرار في تعاطي المخدرات | - | - | - |
| ٤٧ | الانتظام في تعاطي المخدرات | - | - | - |
| ٤٨ | الأقدام والامتناع عن تعاطي المخدرات | ٩٥ | ٨٧٪ | نسبة اتفاق |
| ٤٩ | الرؤية المباشرة للكحوليات | ١١٩ | ٨٧٪ | نسبة اتفاق |
| ٥٠ | وجود أصدقاء يتعاطون الكحوليات | ١١٩ | ٩٠٪ | نسبة اتفاق |
| ٥١ | وجود أقارب يتعاطون الكحوليات | ١١٩ | ٩٢٪ | نسبة اتفاق |
| ٥٢ | الاعتقاد في تأثير الكحوليات | ١١٩ | ٩٧٪ | نسبة اتفاق |
| ٥٣ | شرب الكحوليات على سبيل التجريب | ١١٩ | ٩٧٪ | نسبة اتفاق |
| ٥٤ | نوع الكحوليات | - | - | - |
| ٥٥ | العمر عند شرب الكحوليات أول مرة | - | - | - |
| ٥٦ | السعي لشرب الكحوليات | - | - | - |

## تابع جدول رقم (٤)

| رقم السؤال | مضمون السؤال | ن | معامل الثبات | أسلوب التقدير |
|---|---|---|---|---|
| ٥٧ | الاستمرار في شرب الكحوليات | - | - | - |
| ٥٨ | الانتظام في شرب الكحوليات | - | - | - |
| ٥٩ | الإقدام والامتناع عن شرب الكحوليات | ١٠٠ | ٨٧٪ | نسبة اتفاق |
| ٦٠ | رؤية الهيروين بشكل مباشر | ١١٩ | ٩٢٪ | نسبة اتفاق |
| ٦١ | تعاطي الهيروين على سبيل التجريب | ١١٩ | ١٠٠٪ | نسبة اتفاق |
| ٦٢ | تعاطي مخدرات أخرى | ١١٩ | ٩٨٪ | نسبة اتفاق |
| ٦٣ | مدى انتشار تعاطي المخدرات بين الطلاب في المدرسة | ١١٩ | ٧٨٪ | نسبة اتفاق |
| ٦٥ | | | | |
| ١ | الشجار مع المدرسين | ١١٩ | ٦٣٪ | نسبة اتفاق |
| ٢ | الهروب من المدرسة | ١١٩ | ٨٩٪ | نسبة اتفاق |
| ٣ | الاعتداء على المدرسين | ١١٩ | ٩٣٪ | نسبة اتفاق |
| ٤ | الفصل من المدرسة | ١١٩ | ٩٢٪ | نسبة اتفاق |
| ٥ | الطرد من غرفة الدراسة | ١١٩ | ٧٧٪ | نسبة اتفاق |
| ٦ | الغش في الامتحان | ١١٩ | ٥٦٪ | نسبة اتفاق |
| ٧ | السرقة من الزملاء | ١١٩ | ٨٨٪ | نسبة اتفاق |
| ٨ | الاعتداء على الزملاء بالضرب | ١١٩ | ٧٧٪ | نسبة اتفاق |
| ٩ | الشجار مع الوالدين | ١١٩ | ٦٣٪ | نسبة اتفاق |
| ١٠ | الهروب من المنزل | ١١٩ | ٨٧٪ | نسبة اتفاق |
| ١١ | السرقة من المنزل | ١١٩ | ٩٣٪ | نسبة اتفاق |
| ١٢ | مشكلات مع الشرطة | ١١٩ | ٩٣٪ | نسبة اتفاق |
| ١٣ | السرقة من المحلات | ١١٩ | ٩٥٪ | نسبة اتفاق |

ويتضح من الجدول رقم (٤) أن معظم معاملات الثبات التي حصلنا عليها مُرضية ، إلا أن هناك بعض الأسئلة النوعية لم نتمكن من حساب ثباتها نظرا لقلة عدد الأشخاص الذين أجابوا عنها ، وهي أسئلة يتوافر لدينا عنها معاملات ثبات مقبولة وصلت اليها عدة دراسات سابقة علي عينات مماثلة لعينة البحث الحالي (انظر :مصطفي سويف وآخرون ،١٩٨٧) ، وتجدر الإشارة إلى أن هناك بعض البنود المفتوحة النهاية ، لم يحسب ثباتها ، ولم تستخدم نتائجها في هذه الدراسة ، ومن هذه البنود :٢٤ ، ٦٤ .

**ب - صدق الأداة :**

اعتمدنا في تقدير صدق الأداة المستخدمة في هذه الدراسة علي طريقتين هما :الإتساق الداخلي ،والاتفاق مع توقع معقول ، ونعرض لهما علي النحو الآتى :

**١ - طريقة التكامل المتبادل Mutual Complementarity أوالاتساق الداخلي :**

ويقصد بهذه الطريقة أن مجموع إجابات الشخص المبحوث علي البنود أو الأسئلة التى تتناول عدة جوانب مختلفة لمجال واحد ،تلتقي فيما بينها علي تكوين صورة متكاملة خالية من التناقضات الداخلية . وقد استخدمت هذه الطريقة في عدة دراسات سابقة عربية وأجنبية في مجال تعاطي المخدرات (من هذه الدراسات انظر :مصطفى سويف وآخرون ، ١٩٧٥ ؛ص ص ١٥ - ١٦ ؛عبد الحليم محمود السيد وآخرون ، ١٩٩١ ، ص ٢١ ؛Soueif, et al., 1982 "A" "b"؛ O'Donnell, et al., 1976, Inkeles & Bauer, 1959 ومن الأمثلة التي يمكن

الاعتماد عليها لبيان صدق الأداة المستخدمة بطريقة التكامل المتبادل ما أسفرت عنه نتائج هذه الدراسة بخصوص عدة مجالات ، منها على سبيل المثال وجود علاقة أو اقتران بين المعتقدات الشخصية والتعاطي الفعلي للمواد النفسية ، فكلما تزايد الاعتقاد في فائدة هذه المواد تزايدت نسبة التعاطي ، كما كشفت الدراسة الحالية عن وجود اقتران بين التعرض لثقافة المواد النفسية والخبرة بها وبين التعاطي الفعلي ، فمع الرؤية المباشرة لهذه المواد ووجود أصدقاء وأقارب يتعاطون هذه المواد ، تزايدت نسب التعاطي الفعلي • هناك أيضاً اقتران واضح بين الحالة الصحية وتعاطي المواد النفسية ، فقد ارتبط التعاطي بالإصابة بالأمراض الجسمية والنفسية . هناك كذلك مجال آخر يكشف عن الاتساق الداخلي يتمثل في وجود علاقة قوية بين التعاطي وارتكاب العديد من الانحرافات السلوكية .

**٢ - طريقة الاتفاق مع توقع معقول : Agreement With reasonable expection**

ويقصد بهذه الطريقة أن يتوقع الباحث بعض النتائج في ضوء ما كشفت عنه البحوث السابقة في مجال دراسته ، فقد توقعنا مثلاً أن تتزايد نسب التعاطي بين الذكور بالمقارنة بالإناث ، وجاءت النتائج مؤكدة لذلك بشكل واضح . كما توقعنا أن يكون المتعاطون لمادة معينة من المواد النفسية أكثر إقداماً على تعاطي مواد أخرى ، وجاءت النتائج مؤكدة لهذا التوقع ،فقد تبين مثلا أن المدخنين أكثر تعاطياً للأدوية والمخدرات الطبيعية والكحوليات بالمقارنة بغير المدخنين ، كما تبين أن المتعاطين للكحوليات أكثر تعاطياً للأدوية والمخدرات الطبيعية ، وأكثر تدخيناً للسجائر بالمقارنة بغير المتعاطين للكحوليات .

وقد استخدمت هذه الطريقة في عدة دراسات سابقة عربية وأجنبية (منها على سبيل المثال : مصطفى سويف وآخرون ، ١٩٨٧ ، ص ١٧ ؛ عبد الحليم محمود السيد وآخرون ، ١٩٩١ ، ص ٢٢ ;O'Dennell et al., 1976) .

وبوجه عام فإنه على الرغم من عدم شيوع هاتين الطريقتين المشار إليهما فقد تم اللجوء إليهما في العديد من الدراسات والبحوث التي تناولت ظاهرة تعاطي المخدرات خاصة ، فقد استعان أعضاء هيئة البرنامج الدائم لبحوث تعاطي المخدرات بالمركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية بطريقتي التكامل المتبادل والاتفاق مع توقع معقول لبيان مستوى صدق نفس الأداة المستخدمة في البحث الراهن (للمزيد من التفاصيل انظر : مصطفى سويف ، ١٩٩٠ «ب») . كما استخدم «أودونيل وزملاؤه» هاتين الطريقتين عند دراستهم لتعاطي الشباب للمخدرات (O'Donnell, et al., 1976) .

وتقترب طريقة الاتفاق مع توقع معقول مما يعرف بصدق الاستنتاج الإحصائي Statistical Conclusion Validity الذى تحدث عنه كازدين (Kazdin, 1998) ، وأشار إلى ما يُعْرَفُ بالقوة الإحصائية Statistical Power ، والتي تعني مدى إمكانية الدراسة في الكشف عن الفروق بين المجموعات إذا كانت هذه الفروق موجودة في المجتمع ، ويعبر عنها إحصائيا باحتمال رفض الفرض الصفري حينما يكون هذا الفرض خطأ . مما يترتب عليه قبول فروض البحث بوجود فروق بين المجموعات (انظر عبد الفتاح القرشي ، ٢٠٠١ ، ص ص ١٦٨ - ١٦٩) .

وتجدر الإشارة إلى أن ما أسفرت عنه نتائج الدراسة الحالية من فروق جوهرية

بين المجموعات (سواء بين الذكور والإناث ، أو بين المتعاطين وغير المتعاطين للكحوليات أو الأدوية أو المخدرات ، أو بين المدخنين وغير المدخنين ) إنما يؤكد القوة الإحصائية وصدق الأداة المستخدمة في هذه الدراسة .

## ثالثاً : ظروف التطبيق

تم تطبيق الأداة المستخدمة فى الدراسة الحالية فى أثناء الفصل الثاني من العام الدراسي ٢٠٠٠/ ٢٠٠١ ، وقد تم التطبيق بشكل جمعي داخل فصول الدراسة بالمدارس الثانوية التي تم اختيارها ضمن عينة الدراسة ، وقد قام بهذا العمل الميداني مجموعة من الباحثين النفسيين المدربين جيداً على مثل هذه المهام .

## رابعاً : خطة التحليلات الإحصائية

وفقاً لأهداف الدراسة اشتملت خطة التحليلات الإحصائية على عدة أساليب هي : حساب المتوسطات والانحرافات المعيارية ،وكذلك حساب التكرارات والنسب المئوية للإجابة عن البنود لدى مختلف مجموعات الدراسة التى هى موضع المقارنة ، كما تم حساب النسبة الحرجة لتقدير دلالة الفروق بين هذه المجموعات .

وفيما يتعلق بالنسبة الحرجة تشير المراجع العلمية إلى أن الباحث يحتاج عند تفسير نتائجه إلى استخراج الدلالات الإحصائية التي تؤكد صحة فروضه أو خطئها ، وأن يستخدم في ذلك الأسلوب الملائم لدراسته ، فقد يستخدم كا٢ أو النسبة الحرجة Critical Ratio (C.R.) ، والفرق بينهما يتمثل في أن كا٢ أداة إحصائية تمكننا من قياس مدى التشابه بين توزيعين تكراريين أحدهما ملاحظ ،

والآخر متوقع (السيد محمد خيري ، ١٩٦٣ ، ص ٣٦٦ ؛ صفوت فرج ، ١٩٩٦ ، ص ٣٣٦ ؛ أحمد الطيب ، بدون تاريخ ، ص ٢٦٤) . أما طريقة النسب المئوية لاستخراج الدلالة الإحصائية فهي أيسر وأدق ، وخاصة في حالة الدراسة الحالية ، حيث لا نقارن بين توزيعين ، ولكن نركز على المقارنة بين نسب مأخوذة من عينات مختلفة . وطريقة التعامل مع النسب الحرجة في حساب جوهرية الفروق بين النسب ، هي الطريقة التي اعتمدت عليها جميع بحوث تعاطي المواد المؤثرة في الأعصاب بالمركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية (انظر منها : مصطفى سويف وآخرون ، ١٩٩٠ «أ» «ب» ، ١٩٩١ «أ» ، «ب» ؛ مصطفى سويف ، ١٩٩٦ ؛ عبد الحليم محمود السيد ، ١٩٩١ ؛ محمد نجيب ، ١٩٩١ ؛ معتز عبد الله ، ١٩٩١ ، جمعة يوسف ، ١٩٩١ ؛ خالد بدر ، ١٩٩١) . هذا وقد اعتمدنا على المعادلة التالية في حساب النسبة الحرجة .

$$\text{الدلالة الإحصائية } Z = \frac{\text{ب}_1 - \text{ب}_2}{\sqrt{\text{ب}_3 \times \text{ب}_4 \left(\frac{1}{\text{ن}_1} + \frac{1}{\text{ن}_2}\right)}}$$

(أحمد الطيب ، بدون تاريخ نشر ، ص ص ٢٧٨ ـ ٢٨٥)

## الفصل الخامس

# نتائج الدراسة

أولاً : الاتجاه العام لانتشار تعاطي المواد المؤثرة في الأعصاب بين طلاب الثانوي .

ثانياً : الفروق بين الجنسين في تعاطي المواد المؤثرة في الأعصاب .

ثالثاً : تدخين السجائر وعلاقته ببعض المتغيرات .

رابعاً : تعاطي الأدوية وعلاقته ببعض المتغيرات .

خامساً : تعاطي المخدرات الطبيعية وعلاقته ببعض المتغيرات .

سادساً : تعاطي الكحوليات وعلاقته ببعض المتغيرات

نعـرض في هذا الفـصل لنتائج الدراسـة في عـدة أبعـاداً أو مـحاور في ضـوء الإجابة عن تساؤلات الدراسة على النحو التالي :

## أولاً : الاتجاه العام لانتشار ظاهرة تعاطي المواد المؤثرة في الأعصاب بين طلاب الثانوي

جدول رقم ( ٥ )

النسب المئوية لتدخين السجائر والشيشة وتجريب تعاطي المواد المؤثرة في الأعصاب لدى العينة الكلية ( ن = ٤٠٠٢ )

| التعاطي | عدد | ٪ |
|---|---|---|
| ١ - تدخين السجائر | ٥٩٠ | ١٤,٧ |
| ٢ - تدخين الشيشة | ٤٩٨ | ١٢,٤ |
| ٣ - تعاطي الأدوية (المهدئة أو المنشطة أو المنومة) بدون أذن طبي . | ٦٢٥ | ١٥,٦ |
| ٤ - تعاطي المخدرات الطبيعية (مثل الحشيش والأفيون) . | ٨٣ | ٢,١ |
| ٥ - تعاطي الكحوليات . | ٥٠٩ | ١٢,٧ |
| ٦ - تعاطي الهيروين . | ٦٢ | ١,٥ |
| ٧ - تعاطي مخدرات أخرى لم يرد ذكرها . | ٧٣ | ١,٨ |

* مجموع التكرارات الواردة في هذا الجدول لا يساوي ٤٠٠٢ نظراً لأن هناك مجموعة غير المتعاطين .

يتبين من النتـائج الواردة في الجدول السابق رقم (٥) أننا بصـدد مشكلة حقيـقية هي تزايد انتشار ظاهرة تعـاطي المواد المؤثرة في الأعـصاب بين طلاب الثـانوي بدولة الكويت ، حـيث تشـير النتـائج إلى أن أكـثر المواد انتشـاراً بين طلاب الثـانوي هي بحسب ترتيبها من الأعلى إلى الأدنى تأخذ الشكل التالي :

- تعاطي الأدوية (المهدئة أو المنشطة أو المنومة) بدون إذن طبي ١٥,٦٪
- تدخين السجائر ١٤,٧٪
- تعاطي الكحوليات ١٢,٧٪
- تدخين الشيشة ١٢,٤٪
- تعاطي المخدرات الطبيعية (مثل الحشيش والأفيون) ٢,١٪
- تعاطي مخدرات أخرى غير محددة ١,٨٪
- تعاطي الهيروين ١,٥٪

وتجدر الإشارة إلى أنه على الرغم من أن هذه النسب تعني التعاطي ولو مرة واحدة على سبيل التجريب فإن نسبة كبيرة من هذه النسب تستمر في التعاطي بعد ذلك ، وهذا ما يوضحه الجدول الآتي رقم (٦) ، حيث نقارن بين الذين استمروا في التعاطي والذين توقفوا عن التعاطي بالنسبة لكل من الأدوية ، والمخدرات الطبيعية ، والكحوليات .

جدول رقم (٦)

الاستمرار والتوقف عن تعاطي المواد المؤثرة في الأعصاب من إجمالي الذين تعاطوا هذه المواد على سبيل التجريب ولو مرة واحدة

| العينة / المواد | المتعاطون ولو مرة واحدة | المستمرون منهم | | المتوقفون منهم | | النسبة الحرجة | مستوى الدلالة |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | ك | ٪ | ك | ٪ | | |
| ١ - الأدوية | ٤٦٢* | ١٤٢ | ٣٠,٧٤ | ٣٢٠ | ٦٩,٢٦ | ٧,٧٣ | ٠,٠٠٠ |
| ٢ - المخدرات الطبيعية | ٨٣* | ٥٣ | ٦٣,٨٦ | ٣٠ | ٣٦,١٤ | ٢,٤٣ | ٠,٠١ |
| ٣ - الكحوليات | ٤٣٣* | ١٣٨ | ٣١,٨٧ | ٢٩٥ | ٦٨,١٣ | ٧,٠٩ | ٠,٠٠٠ |

* الأعداد الواردة من المتعاطين ولو مرة واحدة ينقصها بعض الحالات التي لم تجب عن هذا السؤال من الاستبانة .

وتكشف النتـائج الموضـحـة في الجـدول رقم (٦) عـن أن ٧٤, ٣٠٪ (من إجمالي المتعاطين على سبيل التجريب) استمروا في تعاطي الأدوية بدون إذن طبي ، ٨٦, ٦٣ ٪ استمروا في تعاطي المخدرات الطبيعية ، ٨٧, ٣١ ٪ استمروا في تعاطي الكحوليات . وتشير النتائج إلى وجود فروق جوهرية بين المستمرين والمتوقفين عن التعاطي .

جدول رقم (٧)

العمر عند بدء تعاطي المواد المؤثرة في الأعصاب

| العمر عند : | المتوسط | الانحراف المعياري | المنوال |
|---|---|---|---|
| ١ - بدء التدخين | ١٤,١٠ | ٧,٣٤ | ١٥ |
| ٢ - تعاطي الأدوية لأول مرة . | ١٥,٤٣ | ٥,٩٢ | ١٥ |
| ٣ - تعاطي المخدرات الطبيعية لأول مرة . | ١٧,٣٩ | ٩,١١ | ١٧ |
| ٤ - تعاطي الكحوليات لأول مرة . | ١٦,٩٤ | ٩,٥٤ | ١٦ |

تكشف البيـانات الـواردة في جـدول رقم (٧) عن أن أكثر الأعـمار التي يشيع فيـهـا بدء التـدخين وتعـاطي الأدوية هو سن ١٥ سنة ، أمـا العـمر المنوالي لتـعـاطي الكحوليات لأول مـرة فهو ١٦ سنة ، في حين يتأخر بدء تعاطي المخدرات الطبيعية ، حيث العمر المنوالي بالنسبة لها هو ١٧ سنة .

وتعكس هـذه النتـائج أن بداية التـعـاطي تـتـمثل في كل من التـدخين وتـعـاطي الأدوية بدون إذن طبي ، يلي ذلك مباشـرة الكحوليـات ، وفي النهاية تأتي المخدرات الطبيعية .

## جدول رقم (٨)

## التقبل الإيجابي في مقابل التقبل السلبي بين المجربين من طلاب الثانوي أثناء خبرتهم الأولى مع تعاطي المواد المؤثرة في الأعصاب(*)

| العينة / المواد | السعي للحصول على المخدر | | قدمه أحد الأشخاص | | النسبة الحرجة | مستوى الدلالة |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | ك | ٪ | ك | ٪ | | |
| أ - الأدوية ( ن=٤٤٧ ) | ٢٢٢ | ٤٩,٦٦ | ٢٢٥ | ٥٠,٣٣ | ٠,١٤٢ | - |
| ب - المخدرات الطبيعية (ن = ٨٣) | ٣٠,٠ | ٣٦,١٤ | ٥٣,٠ | ٦٣,٨٦ | ٢,٩٥ | ٠,٠٠١ |
| جـ - الكحوليات (ن= ٤٤٢) | ١٧٦ | ٣٩,٨٢ | ٢٦٦ | ٦١,١٨ | ٤,٣٠ | ,٠٠ |

وتشير النتائج المبينة في الجدول رقم (٨) إلى أن غالبية المتعاطين بدأوا مسيرتهم بداية سلبية ، أي تحت ضغوط من الآخرين المحيطين بهم . وقد أظهرت النتائج فروقاً جوهرية بين الإيجابية والسعي نحو التعاطي ، وبين السلبية وقبول ضغوط الآخرين ، تعكس مدى تأثير ضغوط الآخرين في مسألة بداية التعاطي .

---

(*) النتائج الموضحة في هذا الجدول (٨) لا تتعلق بالعينة الكلية (ن = ٢٠٠٤) ولكنها تخص فقط هؤلاء الطلاب الذين جربوا تعاطي كل من : الأدوية ، المخدرات الطبيعية ، الكحوليات . والتعامل مع كل مادة بشكل مستقل ، ثم نقارن بين من سعى للحصول على هذه المادة ، ومن قدمها له أحد الأشخاص .

## ثانياً : الفروق بين الجنسين في تعاطي المواد المؤثرة في الأعصاب

ونحاول في هذا الجزء من الدراسة إلقاء الضوء على قضية مهمة هي الفروق بين طلبة وطالبات المدارس الثانوية في تعاطي المواد المؤثرة في الأعصاب ، وذلك على النحو التالي :

### أ - منشأ تعاطي المواد المؤثرة في الأعصاب :

ونعرض له في ضوء متغيرين هما : مستويات التعرض المعرفي لثقافة المواد المؤثرة في الأعصاب ، والمعتقدات السائدة حول تأثير هذه المواد

#### ١ - مستويات التعرض المعرفي لثقافة المواد المؤثرة في الأعصاب :

جدول رقم (٩)

مستويات التعرض لثقافة المواد المؤثرة في الأعصاب عبر طرق مختلفة

| المتغيرات / العينة | طلبة ٢١٧٢ | | طالبات ١٨٣٠ | | النسبة الحرجة | مستوى الدلالة |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | عدد | ٪ | عدد | ٪ | | |
| ١ - الرؤية المباشرة : | | | | | | |
| - للأدوية | ٥٩٦ | ٢٧,٤ | ٣٤٩ | ١٩,١ | ٢,٩٦ | ٠,٠٠٢ |
| - للمخدرات الطبيعية | ٣٩٤ | ١٨,٤ | ١٢٠ | ٦,٦ | ٣,١٢ | ٠,٠٠١ |
| - للكحوليات | ١١٢٤ | ٥١,٧ | ٥٢٨ | ٢٨,٩ | ٩,٠٣ | ٠,٠٠٠ |
| ٢- وجود أصدقاء يتعاطون : | | | | | | |
| - الأدوية | ٣٤٩ | ١٦,٢ | ١٥٩ | ٨,٧ | ٢,٢٧ | ٠,٠١ |
| - المخدرات الطبيعية | ٢٣١ | ١٠,٦ | ١٠٥ | ٥,٧ | ١,٤٩ | - |
| - الكحوليات | ٦٠٣ | ٢٧,٨ | ١٩١ | ١٠,١ | ٥,٠٢ | ٠,٠٠٠ |
| ٣ - وجود أقارب يتعاطون : | | | | | | |
| - الأدوية | ٢٩٤ | ١٣,٥ | ٢٦٦ | ١٤,٥ | ٠,٣٠٥ | - |
| - المخدرات الطبيعية | ١٣٤ | ٦,٣ | ٨٥ | ٤,٦ | ٠,٤٩٩ | - |
| - الكحوليات | ٣٢٦ | ١٥,٠٠ | ٢١٤ | ١١,٧ | ١,١٥ | - |

وتكشف النتائج المبينة في الجدول رقم (٩) عما يأتي :-

١- بخصوص الرؤية المباشرة : حصلت الكحوليات على أكثر النسب تلاها مباشرة الأدوية ، ثم المخدرات الطبيعية في النهاية . وظهر أن هناك فروقاً جوهرية تشير إلى أن الطلبة الذكور أكثر رؤية لهذه المواد بالمقارنة بالإناث

٢- فيما يتعلق بوجود أصدقاء يتعاطون : كشفت النتائج عن تزايد وجود هؤلاء الأصدقاء لدى الذكور بالمقارنة بالإناث .

٣- بخصوص وجود أقارب يتعاطون : تبين أيضاً تزايد وجودهم في محيط الطلبة الذكور بالمقارنة بالإناث .

وتعكس هذه النتائج الثلاث تزايد تعرض الذكور لثقافة المخدرات بالمقارنة بالإناث .

## ٢ - المعتقدات الشخصية حول تأثير المواد النفسية :

جدول رقم (١٠)

المعتقدات الخاصة بالمواد المؤثرة في الأعصاب لدى الطلبة والطالبات

| العينة / المتغيرات | طلبة ٢١٧٢ | | طالبات ١٨٣٠ | | النسبة الحرجة | مستوى الدلالة |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | عدد | ٪ | عدد | ٪ | | |
| ١ - المعتقدات حول تأثير الأدوية المهدئة : | | | | | | |
| - لها تأثير مفيد | ٢٥٨* | ١١,٩ | ٢٣٧ | ١٣,٠ | ٠,٣٣٥ | - |
| - لها تأثير ضار | ١٧٠٠ | ٧٨,٣ | ١٣٩٨ | ٧٦,٤ | ١,٨٢ | ٠,٠٣ |
| - لا تأثير لها | ١٧٣ | ٨,٠ | ١٧٩ | ٩,٨ | ٠,٥٨٩ | - |

* مجموع هذا الرقم والرقمين التاليين له يساوي = ٢١٣١ ، ومن ثم فإن هناك ٤١ حالة لم تجب عن هذا السؤال . وهذا الوضع قد يتكرر في حالات أخرى .

## تابع جدول رقم (١٠)

| المتغيرات / العينة | طلبة ٢١٧٢ | | طالبات ١٨٣٠ | | النسبة الحرجة | مستوى الدلالة |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | عدد | ٪ | عدد | ٪ | | |
| ٢ - المعتقدات حول تأثير الأدوية المنشطة : | | | | | | |
| - لها تأثير مفيد | ١٨٥ | ٨,٥ | ١٤٢ | ٧,٨ | ٠,٢٥٩ | - |
| - لها تأثير ضار | ١٧٨٨ | ٨٢,٣ | ١٤٩٠ | ٨١,٤ | ١,٤٦ | - |
| - لا تأثير لها | ١٤٥ | ٦,٧ | ١٧٥ | ٩,٦ | ٠,٩٣٢ | - |
| ٣ - المعتقدات حول تأثير الأدوية المنومة : | | | | | | |
| - لها تأثير مفيد | ٢٦٤ | ١٢,٢ | ٢٥٧ | ١٤,٠ | ٠,٦٠٥ | - |
| - لها تأثير ضار | ١٥٦٩ | ٧٢,٢ | ١٣٢٠ | ٧٢,١ | ٠,٥٤٤ | - |
| - لا تأثير لها | ٢٩٨ | ١٣,٧ | ٢٣٨ | ١٣,٠ | ٠,٣٠٢ | - |
| ٤ - المعتقدات حول تأثير المخدرات الطبيعية | | | | | | |
| - لها تأثير مفيد | ٤٣ | ٢,٠ | ١٧ | ٠,٩ | ٠,٢٩٨ | - |
| - لها تأثير ضار | ٢٠٥١ | ٩٤,٢ | ١٧٨٥ | ٩٧,٥ | ٣,٢٨ | ٠,٠٠١ |
| - لا تأثير لها | ٣٩ | ١,٨ | ٢٠ | ١,١ | ٠,٢٠٥ | - |
| ٥ - المعتقدات حول تأثير الكحوليات : | | | | | | |
| - لها تأثير مفيد | ٨٩ | ٤,١ | ٢٠ | ١,١ | ٠,٦٧٠ | - |
| - لها تأثير ضار | ١٩٥٣ | ٨٩,٩ | ١٧٦٠ | ٩٦,٢ | ٦,١٩ | ٠,٠٠٠ |
| - لا تأثير لها | ٨٦ | ٤,٠ | ٤٢ | ٢,٣ | ٠,٤٩٥ | - |

وتشير النتائج المبينة في جدول رقم (١٠) إلى ما يأتي :-

- بخصوص الأدوية (المهدئة أو المنشطة أو المنومة) أظهرت النتائج أنه لا توجد فروق جوهرية بين الجنسين حول تأثير هذه الأدوية ، فالغالبية العظمى من الطلبة والطالبات يعتقدون في أن لها تأثير ضار ، ومع ذلك فإن هناك نسبة لا يُستهان بها من الطلبة والطالبات يعتقدون في فائدة تعاطي هذه الأدوية بدون أمر الطبيب .
- وفي حالتي المخدرات الطبيعية والكحوليات فقد أسفرت النتائج عن وجود فروق جوهرية بين الجنسين ، حيث الطلبة أكثر اعتقاداً في فائدتها بالمقارنة بالطالبات ، في حين أن الطالبات أكثر اعتقاداً في ضررها بالمقارنة بالطلبة .

## ب - مدى انتشار تعاطي المواد النفسية بين الطلبة والطالبات :

جدول رقم (١١)

النسب المئوية لتدخين الشيشة والسجائر وتجريب تعاطي المواد النفسية الأخرى ولو مرة واحدة لدى كل من الجنسين والفروق بينهما

| المتغيرات / العينة | طلبة ٢١٧٢ | | طالبات ١٨٣٠ | | النسبة الحرجة | مستوى الدلالة |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | عدد | ٪ | عدد | ٪ | | |
| - تدخين الشيشة | ٤٢٩ | ١٩,٨ | ٩٦ | ٣,٨ | ٣,٤٧ | ٠,٠٠٠ |
| - تدخين السجائر | ٥٢٣ | ٢٤,١ | ٦٧ | ٣,٧ | ٤,١٦ | ٠,٠٠٠ |
| - تعاطي الأدوية | ٣٧٩ | ١٧,٤ | ٢٤٦ | ١٣,٤ | ١,٤٩ | - |
| - تعاطي المخدرات لطبيعية | ٧١ | ٣٣, | ١٢ | ٠,٧ | ٠,٥٠٦ | - |
| - تعاطي الكحوليات | ٣٩٧ | ١٨,٣ | ١١٢ | ٦,٢ | ٣,٣٣ | ٠,٠٠١ |
| - تعاطي الهيروين | ٥١ | ٢,٣ | ١١ | ٠,٦ | ٠,٣٨ | - |

وتكشف النتائج المبينة في الجدول رقم (١١) عن فروق جوهرية تعكس بشكل ملحوظ أن انتشار تعاطي المواد النفسية على سبيل التجريب يتزايد لدى الطلبة الذكور عن الطالبات . فالذكور أكثر تدخيناً للشيشة والسجائر ، وتعاطياً للأدوية والمخدرات الطبيعية والكحوليات والهيروين .

**ج - التقبل الإيجابي في مقابل التقبل السلبي للمواد النفسية قبل خبرة البدء في تعاطيها .**

جدول رقم (١٢)

التقبل الإيجابي في مقابل التقبل السلبي عند التعاطي أول مرة لدى كل من الجنسين من طلاب الثانوي

| العينة / المادة | الذكور | | الإناث | | النسبة الحرجة | مستوى الدلالة |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | عدد | ٪ | عدد | ٪ | | |
| أ- الأدوية : | ن = | ٢٦١ | ن = | ١٨٦ | | - |
| - السعي للحصول عليها | ١٢١ | ٤٦,٤ | ١٠١ | ٥٤,٣ | ١,١٧ | - |
| - قدمها أحد الأشخاص | ١٤٠ | ٥٣,٦ | ٨٥ | ٤٥,٧ | ١,١٥ | |
| ب - المخدرات الطبيعية : | ن = | ٨٢ | ن = | ١٢ | | |
| - السعي للحصول عليها | ٢٦ | ٣١,٧ | ٦ | ٥٠,٠ | ٠,٨٤٦ | - |
| - قدمها أحد الأشخاص | ٥٦ | ٦٨,٣ | ٦ | ٥٠,٠ | ٠,٩٠٣ | - |
| جـ - الكحوليات : | ن = | ٣٥٢ | ن = | ٩٠ | | |
| - السعي للحصول عليها | ١٥١ | ٤٢,٩ | ٢٥ | ٢٧,٨ | ١,٤٢ | - |
| - قدمها أحد الأشخاص | ٢٠١ | ٥٧,١ | ٦٥ | ٧٢,٢ | ٢,١٧ | ٠,٠٢ |

وعندما سألنا الطلاب عما إذا كانوا في أول محاولة لتعاطي هذه المواد ، أكانوا هم الذين سعوا للحصول عليها ، وقاموا بدور إيجابي ، أم أنها قدمت إليهم في

سياق معين ترغيبي أو ترهيبي ؟ أوضحت النتائج المبينة في الجدول رقم (١٢) ما يأتي :

- في جميع المواد التي تم تعاطيها ، تبين أن الغالبية من الطلبة والطالبات قد وقعوا تحت تأثير ضغوط معينة عند البدء في تعاطي هذه المواد .
- تبين أيضاً أن هناك فروقاً بين الطلبة والطالبات تشير إلى أن الذكور كان لهم دور إيجابي وأكثر سعياً في الحصول على الكحوليات بالمقارنة بالإناث . في حين كان للإناث دور إيجابي أكبر في حالتي الأدوية والمخدرات الطبيعية .

**د - رغبة غير المتعاطين من الطلبة والطالبات في تجريب تعاطي المواد النفسية :**

وعند سؤال الطلاب غير المتعاطين عن رغبتهم في الأقدام أو الأحجام عن التعاطي في حالة ما إذا أتيحت لهم الفرصة ، أوضحت النتائج ما يأتي :

جدول رقم (١٣)

نسب الإقدام والإحجام عن تعاطي المواد المؤثرة في الأعصاب لدى الطلبة والطالبات في حالة ما إذا سنحت الفرصة

| العينة / المتغيرات | طلبة | | طالبات | | النسبة الحرجة | مستوى الدلالة |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | عدد | ٪ | عدد | ٪ | | |
| ١ - الأدوية : | ن = | ١٨٧٨ | ن = | ١٥٧٦ | | |
| إقدام | ١١٥ | ٦,١ | ٦٥ | ٤,١ | ٠,٥٧١ | - |
| إحجام | ١٧٦٣ | ٩٣,٩ | ١٥١١ | ٩٥,٩ | ٢,٥٨ | ٠,٠٠٥ |
| ٢ - المخدرات الطبيعية : | ن = | ١٩٣٣ | ن = | ١٦٢٩ | | |
| إقدام | ١٣٨ | ٧,١ | ٣٠ | ١,٨ | ١,١٠ | - |
| إحجام | ١٧٩٥ | ٩٢,٩ | ١٥٩٩ | ٩٨,٢ | ٧,٣٥ | ٠,٠٠٠ |
| ٣ - الكحوليات : | ن = | ١٨٥٣ | ن = | ١٥٩٩ | | |
| إقدام | ١٣٧ | ٧,٥ | ٤١ | ٢,٦ | ١,١٣ | - |
| إحجام | ١٦٨٠ | ٩٢,٥ | ١٥٥٨ | ٩٧,٤ | ٦,٣١ | ٠,٠٠٠ |

تكشف النتائج المبينة في الجدول رقم (١٣) أن هناك فروقاً تشير إلى أن الطلبة الذكور أكثر استعداداً للإقدام على تعاطي المواد النفسية (الأدوية ، المخدرات الطبيعية ، الكحوليات) - بالمقارنة بالطالبات .

## ثالثاً : تدخين السجائر وعلاقته

## ببعض المتغيرات لدى طلاب الثانوي

### أ - المتغيرات الشخصية والاجتماعية المقترنة بتدخين السجائر .

١ - المتغيرات الديموجرافية التي تقترن بتدخين السجائر .

جدول رقم (١٤)

العلاقة بين بعض المتغيرات الديموجرافية وتدخين السجائر

| العينة / المتغيرات | اجمالي العينة ٤٠٠٢ | المدخنون ن = ٥٩٠ | |
|---|---|---|---|
| | | العدد | ٪ للصف |
| ١- المنطقة التعليمية : | | | |
| ١- العاصمة | ٨٦٨ | ٩٣ | ١٠,٧* |
| ٢- حولي | ٥٨٣ | ٨٥ | ١٤,٦ |
| ٣- الفروانية | ١١٧٧ | ١٥٥ | ١٣,٢ |
| ٤- الجهراء | ٤٧٩ | ٩٠ | ١٨,٨ |
| ٥- الأحمدي | ٨٩٥ | ١٦٧ | |
| ٢- النظام التعليمي : | | | |
| ١- ثانوي عام | ٢١٠٤ | ٣١٠ | ١٥,٤ |
| ٢- مقررات | ١٩٨٨ | ٢٨٠ | ١٤,١ |

* النسبة المئوية تحسب على مستوى الصف وليس العمود ، أي من خلال قسمة ٩٣ مثلاً على ٨٦٨ فيكون الناتج ١٠,٧ ، وهكذا في جميع النسب المئوية الواردة في هذا الجدول والجداول الآتية .

تابع جدول رقم (١٤)

| العينة / المتغيرات | اجمالي العينة ٤٠٠٢ | المدخنون ن = ٥٩٠ | |
|---|---|---|---|
| | | العدد | ٪ للصف |
| ٣- الصف الدراسي : | ٧٦٦ | ٧٤ | ٩,٧ |
| أولى | ٨٥٢ | ١٠٦ | ١٢,٤ |
| ثانية | ٩٠٠ | ١٣٠ | ١٤,٤ |
| ثالثة أدبي | ٦٦٨ | ١٢٨ | ١٩,٢ |
| ثالثة علمي | ٤٨٢ | ٤٩ | ١٠,٢ |
| رابعة أدبي | ٣٣٤ | ٢٣ | ٦,٩ |
| رابعة علمي | | | |
| ٤- الحالة الدراسية : | | | |
| ١- لم يسبق الرسوب | ٢٥١٤ | ٢٦١ | ١٠,٤ |
| ٢- رسوب مرة واحدة | ٧٨٨ | ١٦١ | ٢٠,٤ |
| ٣- رسوب مرتين | ٣١٧ | ٦٥ | ٢٠,٥ |
| ٤- رسوب أكثر من مرتين | ٢٦٤ | ٨٨ | ٣٣,٣ |
| ٥- غير مبين | ١١٩ | ١٥ | ١٢,٦ |

ويتضح من الجدول رقم (١٤) والخاص باقتران المتغيرات الديموجرافية بتدخين السجائر ، ما يأتي :

- بخصوص المناطق التعليمية : كشفت النتائج عن أن أعلى نسبة للتدخين تمثلت في منطقتي الجهراء ، والأحمدي ، ثم حولي والفروانية ، وجاءت العاصمة في مؤخرة الترتيب .
- بالنسبة لنظام التعليم : أوضحت النتائج تزايد انتشار التدخين بين طلاب الثانوي العام بالمقارنة بطلاب نظام المقررات .
- فيما يتعلق بالصف الدراسي : تبين أن التدخين حسب الصف الدراسي (بدءاً من

الأعلى إلى الأدنى) يأخذ الشكل التالي :

- ثالثة علمي .
- ثالثة أدبي .
- ثانية .
- رابعة أدبي .
- أولى .
- رابعة علمي .

- بالنسبة للحالة الدراسية : كشفت النتائج عن ارتباط سلبي بين معدل النجاح وتدخين السجائر ، حيث تزايدت نسب التدخين لدى الطلاب الراسبين بالمقارنة بالطلاب غير الراسبين .

٢ - الظروف الاجتماعية والأسرية المقترنة بتدخين السجائر :

جدول رقم (١٥)

الظروف الاجتماعية والأسرية المقترنة بتدخين السجائر

| المتغيرات / العينة | اجمالي العينة ٤٠٠٢ | المدخنون ن = ٥٩٠ | |
|---|---|---|---|
| | | العدد | ٪ للصف |
| ١- السكن : | | | |
| ١- مع الأسرة | ٣٩٣٥ | ٥٧٢ | ١٤,٥ |
| ٢- بعيداً عنها | ٤٧ | ١٦ | ٣٤,٠ |
| ٣- غير مبين | ٢٠ | ٢ | ١٠,٠ |
| ٢- مستوى السكن : | | | |
| ١- دخل محدود | ٩٢٧ | ١٥٧ | ١٦,٩ |
| ٢- دخل متوسط | ١٤٧٢ | ١٧٥ | ١١,٩ |
| ٣- فيلا | ١٤٤٩ | ٢٣٩ | ١٦,٥ |
| ٤ - غير مبين | ١٥٤ | ١٩ | ١٢,٣ |

تابع جدول رقم (١٥)

| العينة / المتغيرات | اجمالي العينة ٤٠٠٢ | المدخنون ن = ٥٩٠ العدد | |
|---|---|---|---|
| | | العدد | ٪ للصف |
| ٣-وجود الأب على قيد الحياة | | | |
| ١- نعم | ٣٦٤١ | ٥٥٨ | ١٥,٣ |
| ٢- لا | ٢٦٨ | ٢٥ | ٩,٣ |
| ٣- غير مبين | ٩٣ | ٧ | ٧,٥ |
| ٤-أعلى مستوى تعليمي للأب | | | |
| ١- أمي | ٣٧١ | ٦٤ | ١٧,٣ |
| ٢- يقرأ ويكتب | ٤٤٤ | ٧٤ | ١٦,٧ |
| ٣- ابتدائية | ٢١٨ | ٣٨ | ١٧,٤ |
| ٤- متوسطة | ٧٦٣ | ١٠٨ | ١٤,٢ |
| ٥- ثانوية | ٨٥٩ | ١١٨ | ١٣,٧ |
| ٦- جامعية | ٨٦٤ | ١٠٨ | ١٢,٥ |
| ٧- شهادة عليا | ٣٩٢ | ٧٣ | ١٨,٦ |
| ٨- غير مبين | ٩١ | ٧ | ٧,٧ |
| ٥-وجود الأم على قيد الحياة : | | | |
| ١- نعم | ٣٨٣٧ | ٥٧٥ | ١٤,٩ |
| ٢- لا | ٦٣ | ١٢ | ١٩,٠ |
| ٣- غير مبين | ١٠٢ | ٣ | ٢,٩ |

يجيب الجدول رقم (١٥) عن التساؤل الخاص بأهم الظروف الاجتماعية والأسرية التي تقترن بتدخين السجائر ، حيث تبين ما يأتي :

- تزداد نسبة المدخنين من الطلاب الذين يسكنون بعيداً عن أسرهم بشكل جوهري عن الطلاب المقيمين مع أسرهم .
- تزداد نسبة التدخين بين الطلاب الذين يعيشون في مستوى سكني محدود أو مستوى سكني مرتفع (فيلا) عن ذوي الدخل المتوسط .

- تزداد نسبة المدخنين بين الطلاب الذين مازال آباؤهم على قيد الحياة بالمقارنة بالطلاب الذين توفي آباؤهم .
- لم تكشف النتائج عن وجود اقتران واضح بين التدخين ومستوى تعليم الأب ، حيث أشارت النتائج إلى تزايد التدخين في المستويين الأدنى والأعلى من تعليم الأب ، وانخفاض التدخين في المستوى المتوسط من تعليم الأب .

٣ - المشاركة في الأنشطة الاجتماعية في اقترانها بالتدخين

وبدءاً من الجدول الآتى (١٦) سوف نقارن بين مجموعة الطلاب المدخنين (ن = ٥٩٠) ومجموعة غير المدخنين ( ن = ٣١٧٥) . حيث إجمالي من أجابوا على سؤال التدخين بلغ ٣٧٦٥ من العينة الكلية ( ن = ٤٠٠٢ ) ، والباقي غير مبين .

جدول رقم (١٦)

المشاركة في الأنشطة الاجتماعية لدى مدخني السجائر وغير المدخنين

| العينة / المتغيرات | المدخنون ن = ٥٩٠ | | غير المدخنين ن = ٣١٧٥ | | النسبة الحرجة | مستوى الدلالة |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | عدد | ٪ | عدد | ٪ | | |
| ١ - الاشتراك في أحد النشاطات المدرسية | ١٣٧* | ٢٣,٢ | ٨٠٠ | ٢٥,٢ | ٠,٧٤٧ | - |
| ٢ - الاشتراك في نشاطات خارج المدرسة | ١٨٢** | ٣٠,٨ | ٥٨٧ | ١٨,٥ | ٣,٥٦ | ٠,٠٠٠ |

يلاحظ أن مثل هذا الجدول تجميعي من عدة أسئلة أو بنود .

* بقية هذا العدد هو ٤٥٣ يمثل غير المشتركين في النشاطات المدرسية ، ومن ثم يكون المجموع ٥٩٠ .

** بقية هذا العدد هو ٤٠٨ يمثل غير المشتركين في نشاطات خارج المدرسة ، ومن ثم يكون المجموع هو ٥٩٠ .

يتضح من الجدول رقم (١٦) أن هناك اقتراناً إيجابياً بين التدخين والمشاركة في نشاطات اجتماعية خارج المدرسة ، في حين لا يوجد اقتران بين التدخين والمشاركة في النشاطات المدرسية .

٤ - الحالة الصحية للطلاب وتدخين السجائر

جدول رقم (١٧)

الحالة الصحية للطلاب في اقترانها بتدخين السجائر

| العينة / المتغيرات | المدخنون ن = ٥٩٠ | | غير المدخنين ن = ٣١٧٥ | | النسبة الحرجة | مستوى الدلالة |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | عدد | ٪ | عدد | ٪ | | |
| ١- وجود آلام وأمراض جسمية | ١٦٢ | ٢٧,٥ | ٥٣٧ | ١٧,٠ | ٢,٩٩ | ٠,٠٠١ |
| ٢- وجود آلام وأمراض نفسية | ١٩٢ | ٣٢,٥ | ٥٣٩ | ١٧,٠ | ٤,٥٤ | ٠,٠٠٠ |

تكشف النتائج الواردة في الجدول السابق عن فروق جوهرية تشير إلى أن المدخنين أكثر إصابة بالآلام والأمراض الجسمية والنفسية - بالمقارنة بغير المدخنين ، مما يعني أن هناك اقتراناً إيجابياً جوهرياً بين التدخين والاصابة بالأمراض الجسمية والنفسية .

**ب - منشأ تعاطي المواد المؤثرة في الأعصاب لدى مدخني السجائر وغير المدخنين .**

١ - مستويات التعرض المعرفي لثقافة المواد النفسية :

جدول رقم (١٨)

التعرض لثقافة المواد المؤثرة في الأعصاب

لدى مدخني السجائر وغير المدخنين

| العينة / المتغيرات | المدخنون ن = ٥٩٠ | | غير المدخنين ن = ٣١٧٥ | | النسبة الحرجة | مستوى الدلالة |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | عدد | ٪ | عدد | ٪ | | |
| ١ - الرؤية المباشرة : | | | | | | |
| - للأدوية | ٢٤٩ | ٤٢,٢ | ٦٤٨ | ٢٠,٤ | ٦,٦٧ | ٠,٠٠٠ |
| - للمخدرات الطبيعية | ١٩٨ | ٣٣,٦ | ٢٨٧ | ٩,٠ | ٦,٩٢ | ٠,٠٠٠ |
| - الكحوليات | ٤٢٩ | ٧٢,٧ | ١١٤٠ | ٣٦,٠ | ١٣,٣١ | ٠,٠٠٠ |
| ٢ - وجود أصدقاء يتعاطون : | | | | | | |
| - الأدوية | ١٧٤ | ٢٩,٥ | ٣٠٥ | ٩,٦ | ٥,٦٣ | ٠,٠٠٠ |
| - المخدرات الطبيعية | ١٣٧ | ٢٣,٩ | ١٨٥ | ٥,٨ | ٤,٦٥ | ٠,٠٠٠ |
| - الكحوليات | ٢٩١ | ٤٩,٣ | ٤٦٤ | ١٤,٦ | ١٠,٤٧ | ٠,٠٠٠ |
| ٣ - وجود أقارب يتعاطون : | | | | | | |
| - الأدوية | ١٢٣ | ٢٠,٨ | ٤٠٨ | ١٢,٩ | ٢,٢٥ | ٠,٠١ |
| - المخدرات الطبيعية | ٧٧ | ١٣,٠ | ١٣٨ | ٤,٣ | ٢,٣٨ | ٠,٠٠٩ |
| - الكحوليات | ١٦٦ | ٢٨,١ | ٣٥٧ | ١١,٢ | ٤,٩٢ | ٠,٠٠٠ |

يتبين من النتائج الواردة في الجدول رقم (١٨) ما يأتي :

- بالنسبة للرؤية المباشرة للمواد المؤثرة في الأعصاب تبين أن الطلاب المدخنين أكثر رؤية وتعرضاً لهذه المواد بالمقارنة بغير المدخنين .
- يتبين أن المدخنين لديهم أصدقاء وأقارب يتعاطون هذه المواد بشكل يفوق جوهرياً غير المدخنين .

٢- المعتقدات الشخصية حول تأثير المواد النفسية :

جدول رقم (١٩)

المعتقدات الخاصة بالمواد المؤثرة في الأعصاب

لدى مدخني السجائر وغير المدخنين

| العينة / المتغيرات | المدخنون ن = ٥٩٠ | | غير المدخنين ن = ٣١٧٥ | | النسبة الحرجة | مستوى الدلالة |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | عدد | ٪ | عدد | ٪ | | |
| ١ - المعتقدات حول تأثير الأدوية المهدئة | | | | | | |
| - لها تأثير مفيد | ٩٧* | ١٦,٤ | ٣٨١ | ١٢,١ | ١,٢٣ | - |
| - لها تأثير ضار | ٤٢٣ | ٧١,٧ | ٢٤٨٣ | ٧٨,٢ | ٢,٧٦ | ٠,٠٠٣ |
| - لا تأثير لها | ٥٩ | ١٠,٠ | ٢٧٥ | ٨,٧ | ٠,٣٤٠ | - |
| ٢ - المعتقدات حول تأثير الأدوية المنشطة | | | | | | |
| - لها تأثير مفيد | ٨١ | ١٣,٧ | ٢٣٠ | ٧,٤ | ١,٨٢ | ٠,٠٣ |
| - لها تأثير ضار | ٤٤٠ | ٧٤,٦ | ٢٦٤٧ | ٨٣;٤ | ٣,٩٣ | ٠,٠٠٠ |
| - لا تأثير لها | ٥٠ | ٨,٥ | ٢٥٢ | ٨,٠ | ٠,١٦٥ | - |
| ٣ - المعتقدات حول تأثير الأدوية المنومة : | | | | | | |
| - لها تأثير مفيد | ١٠٩ | ١٨,٥ | ٣٧٣ | ١١,٩ | ١,٨٦ | ٠,٠٣ |
| - لها تأثير ضار | ٣٩٣ | ٦٦,٧ | ٢٣٣٩ | ٧٤,٥ | ٢,٧٩ | ٠,٠٠٣ |
| - لا تأثير لها | ٧٨ | ١٣,٢ | ٤٢٨ | ١٣,٦ | ٠,٠٤٧ | - |
| ٤ - المعتقدات حول تأثير المخدرات الطبيعية | | | | | | |
| - لها تأثير مفيد | ٢٧ | ٤,٦ | ٣٢ | ١,٠ | ٠,٨٧٥ | - |
| - لها تأثير ضار | ٥٢٧ | ٨٩,٣ | ٣٠٨٦ | ٩٧,١ | ٧,٦٠ | ٠,٠٠٠ |
| - لا تأثير لها | ٢٠ | ٣,٣ | ٣٤ | ١,١ | ٠,٦١٠ | - |
| ٥ - المعتقدات حول تأثير الكحوليات : | | | | | | |
| - لها تأثير مفيد | ٥١ | ٨,٦ | ٥٣ | ١,٧ | ١,٦٥ | ٠,٠٥ |
| - لها تأثير ضار | ٤٦٩ | ٧٩,٥ | ٣٠٢٨ | ٩٦,٢ | ١٢,٧٨ | ٠,٠٠٠ |
| - لا تأثير لها | ٥٦ | ٩,٥ | ٦٦ | ٢,١ | ١,٨٢ | ٠,٠٣ |

مجموع هذه الأعداد ليس (٥٩٠) ، ومن ثم فإن مجموع النسب ليس ١٠٠٪ ، لأن هناك (١١) حالة لم تجب على هذا البند . وهذا قد يلاحظ في حالات أخرى .

يتـضـح من الجـدول رقـم (١٩) أن الطلاب المدخنين أكـثـر اعـتـقـاداً بـشكل جـوهري في فـائدة تـعـاطي كُلٍّ من الأدوية (المهـدئة والمنشـطة والمنومـة) ، والمخـدرات الطبيعيـة (الحشـيش والأفيـون) ، والكحوليـات - بالمقارنة بغير المدخنين . فـالطلاب المدخنون لـديهـم نسق من المعـتـقـدات يتـمـثل في تزايد التـأثيـر المفـيـد لهـذه المواد ، وتناقص التأثير الضـار لها ، ومن ثم يعد هذا منبئاً بإمكانية اقدامهم على تعاطي هذه المواد .

## ج - مدى انتشار تعاطي المواد النفسية لدى مدخني السجائر وغير المدخنين :

جدول رقم (٢٠)

النسب المئوية لتجريب المواد النفسية الأخرى

لدى مدخني السجائر وغير المدخنين

| العينة / المتغيرات | المدخنون ن = ٥٩٠ | | غير المدخنين ن = ٣١٧٥ | | النسبة الحرجة | مستوى الدلالة |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | عدد | ٪ | عدد | ٪ | | |
| - تدخين الشيشة | ٢٩٢ | ٤٩,٥ | ١٩٠ | ٦,٠ | ١٠,٠٠ | ٠,٠٠٠ |
| - تعاطي الأدوية | ١٧٧ | ٣٠,٠ | ٤١٩ | ١٣,٢ | ٥,٠٩ | ٠,٠٠٠ |
| - تعاطي المخدرات الطبيعية | ٦١ | ١٠,٣ | ٢١ | ٠,٧ | ١,٨٣ | ٠,٠٥ |
| - تعاطي الكحوليات | ٢١٣ | ٣٦,١ | ٢٨٤ | ٩,٠ | ٧,٥٣ | ٠,٠٠٠ |
| - تعاطي الهيروين | ٣٣ | ٥,٦ | ٢٥ | ٠,٨ | ١,٠٠٦ | - |

يتضح من النتائج المبينة في الجدول رقم (٢٠) ما يأتي :-

- أن المدخنين أكـثـر إقبـالاً على تدخين الشـيـشـة ، وتعـاطي كـل من : الأدوية ، والكحوليات ، والمخدرات الطبيعية / (ولو مرة واحدة) بالمقارنة بغير المدخنين .
- أن أكثر المواد النفسية التي يتعـاطاها المدخنون هي الكحوليـات ، أما غير المدخنين

فنجد الأدوية ، ثم الكحوليات .

**د - الاتجاه نحو المواد المؤثرة في الأعصاب لدى الطلاب المدخنين وغير المدخنين للسجائر :**

ويتركز حديثنا هنا على المقارنة بين الطلاب المدخنين وغير المدخنين من حيث :

١ - الاستمرار والتوقف عن تعاطي المواد الأخرى المؤثرة في الأعصاب .

٢ - الإقدام والإحجام عن تعاطي المواد الأخرى المؤثرة في الأعصاب .

**١ - بالنسبة للاستمرار والتوقف عن تعاطي المواد المؤثرة في الأعصاب .**

توضح النتائج المبينة في الجدول التالي رقم (٢٠) تزايد نسبة المستمرين في تعاطي الأدوية والمخدرات الطبيعية وشرب الكحوليات ، بين جمهور الطلاب المدخنين للسجائر - عن الطلاب غير المدخنين ، والفروق بين المجموعتين ذات دلالة إحصائية في حالة تعاطي الكحوليات .

## جدول رقم (٢١)

## الاستمرار والتوقف عن تعاطي المواد المؤثرة في الأعصاب لدى مدخني السجائر وغير المدخين

| العينة / الاتجاه نحو التعاطي | مدخنو السجائر (ن=٥٩٠) من تعاطي منهم الأدوية (ن=١٤٥) | | غير المدخنين (ن=٣١٧٥) من تعاطي منهم الأدوية (ن=٣٠٣) | | النسبة الحرجة | مستوى الدلالة | مدخنو السجائر (ن=٥٩٠) من تعاطي منهم المخدرات الطبيعية (ن=٧٢) | | غير المدخنين (ن=٣١٧٥) من تعاطي منهم المخدرات الطبيعية (ن=٢٣) | | النسبة الحرجة | مستوى الدلالة | مدخنو السجائر (ن=٥٩٠) من تعاطي منهم الكحوليات (ن=٢٠١) | | غير المدخنين (ن=٣١٧٥) من تعاطي منهم الكحوليات (ن=٢٢٦) | | النسبة الحرجة | مستوى الدلالة |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | ك | ٪ | ك | ٪ | | | ك | ٪ | ك | ٪ | | | ك | ٪ | ك | ٪ | | |
| ١ - الاستمرار في التعاطي حتى الآن | ٥٣ | ٣٦,٦ | ٨٦ | ٢٨,٤ | ١,٠١ | - | ٤١ | ٥٦,٩ | ١٢ | ٥٢,٢ | ٠,٣٨٧ | - | ٧٣ | ٣٦,٦ | ٦١ | ٢٧,٠ | ٢,١٤ | ٠,٠١ |
| ١ - التوقف عن التعاطي | ٩٢ | ٦٣,٤ | ٢١٧ | ٧١,٦ | ١,٤٣ | - | ٣١ | ٤٣,١ | ١١ | ٤٧,٨ | ٠,٢٧٠ | - | ١٢٨ | ٦٣,٧ | ١٦٥ | ٧٣,٠ | ١,٩٠ | ٠,٠٥ |

## ٢ - الإقدام والإحجام عن تعاطي المواد المؤثرة في الأعصاب لدى المدخنين وغير المدخنين للسجائر

جدول رقم (٢٢)

نسب الإقدام والإحجام عن تعاطي المواد المؤثرة في الأعصاب

لدى مدخني السجائر وغير المدخنين

| المتغيرات / العينة | المدخنون ن = ٥٩٠ | | غير المدخنين ن = ٣١٧٥ | | النسبة الحرجة | مستوى الدلالة |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | عدد | ٪ | عدد | ٪ | | |
| ١ - الأدوية : | (ن = | ٤٧٢) | (ن = | ٢٧٨٠) | | |
| إقدام | ٦٣ | ١٣,٣ | ١٠٦ | ٣,٨ | ٢,٢٩ | ٠,٠١ |
| إحجام | ٤٠٩ | ٨٦,٧ | ٢٦٧٤ | ٩٦,٢ | ٨,١٦ | ٠,٠٠٠ |
| ٢ - المخدرات الطبيعية | (ن = | ٥٠٥) | (ن = | ٢٨٤٩) | | |
| إقدام | ٦٩ | ١٣,٧ | ٧٨ | ٢,٧ | ٢,٤٧ | ٠,٠٠٧ |
| إحجام | ٤٣٦ | ٨٦,٣ | ٢٧٧١ | ٩٧,٣ | ١٠,٦٥ | ٠,٠٠٠ |
| ٣ - الكحوليات : | (ن = | ٤٥٩) | (ن = | ٢٧٧١) | | |
| إقدام | ٨٣ | ١٨,١ | ٨٨ | ٣,٢ | ٣,١٩ | ٠,٠٠١ |
| إحجام | ٣٧٦ | ٨١,٩ | ٢٦٨٣ | ٩٦,٨ | ١٢,٣٨ | ٠,٠٠٠ |

تكشف النتائج الموضحة في الجدول رقم (٢٢) عن وجود فروق جوهرية بين المدخنين وغير المدخنين في الإقدام والإحجام عن تعاطي المواد الأخرى المؤثرة في الأعصاب ، حيث تبين أن المدخنين أكثر إقداما على تعاطي الأدوية والمخدرات الطبيعية والكحوليات في حالة ما إذا سنحت الفرصة لهم ، بالمقارنة بغير المدخنين .

## هـ - الفروق بين المدخنين وغير المدخنين في الانحرافات السلوكية :

جدول رقم (٢٣)

المقارنة بين المدخنين وغير المدخنين في الانحرافات السلوكية

| العينة / الانحرافات السلوكية | المدخنون (ن = ٥٩٠)* | | غير المدخنين (ن = ٣١٧٥)* | | النسبة الحرجة | مستوى الدلالة |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | ك | ٪ | ك | ٪ | | |
| ١ - الشجار مع المدرسين | ٤٢٣ | ٧١,٧ | ١٣٤٨ | ٤٢,٥ | ١١,١٣ | ٠,٠٠٠ |
| ٢ - الهروب من المدرسة | ٣٥٩ | ٦٠,٨ | ٦١٧ | ١٩,٤ | ١٣,٨٧ | ٠,٠٠٠ |
| ٣ - الاعتداء على بعض المدرسين بالضرب والإهانة | ١٧٠ | ٢٨,٨ | ٢٢٢ | ٧,٠ | ٦,٠٢ | ٠,٠٠٠ |
| ٤ - الفصل من المدرسة لكثرة الغياب | ١٨١ | ٣٠,٧ | ٢٦٤ | ٨,٣ | ٦,٣١ | ٠,٠٠٠ |
| ٥ - الطرد من غرفة الدراسة | ٣٧٧ | ٦٣,٩ | ٩٣٦ | ٢٩,٥ | ١٢,١٦ | ٠,٠٠٠ |
| ٦ - الغش في الامتحانات | ٤٦٤ | ٧٨,٤ | ١٨٠٦ | ٥٦,٩ | ٩,٥٨ | ٠,٠٠٠ |
| ٧ - السرقة من الزملاء | ١٠٨ | ١٨,٣ | ٢٢٧ | ٧,١ | ٣,٢٤ | ٠,٠٠١ |
| ٨ - الاعتداء على الزملاء بالضرب | ٣١٨ | ٥٣,٩ | ٧٦٢ | ٢٤,٠ | ١٠,١٩ | ٠,٠٠٠ |
| ٩ - الشجار مع الوالدين | ٢٢٧ | ٣٨,٥ | ١٠١١ | ٣١,٨ | ٢,١٩ | ٠,٠٠١ |
| ١٠- الهروب من المنزل | ١٧٥ | ٢٩,٧ | ٢٧٩ | ٩,٤ | ٦,٠٢ | ٠,٠٠٠ |
| ١١- السرقة من المنزل | ٩٤ | ١٥,٩ | ١٥٣ | ٤,٨ | ٣,٠٧ | ٠,٠٠١ |
| ١٢- مشكلات مع الشرطة | ٢٣٢ | ٣٩,٣ | ٢٨٢ | ٩,٠ | ٨,٤٨ | ٠,٠٠٠ |
| ١٣- السرقة من المحلات | ٨١ | ١٣,٧ | ١٠٨ | ٣,٤ | ٢,٦٧ | ٠,٠٠٤ |

* مجموع المدخنين + غير المدخنين = ٣٧٦٥ نظراً لأن هناك ٢٣٧ مبحوثاً لم يستجيبوا على البنود الخاصة بالانحرافات السلوكية .

وبالنظر في الجدول رقم (٢٣) يتضح أن المدخنين يفوقون بشكل جوهري غير المدخنين في ارتكاب جميع أنواع الانحرافات السلوكية ، كما تبين أن أسوأ الانحرافات التي يتميز بها المدخنون مرتبة تنازلياً هي : الغش في الامتحان ، الشجار مع المدرسين ، والطرد من غرفة الدراسة ، والهروب من المدرسة ، والاعتداء على الزملاء بالضرب ، مشكلات مع الشرطة ، الشجار مع الوالدين ، الفصل من المدرسة لكثرة الغياب ، الهروب من المنزل ، الاعتداء على المدرسين ، السرقة من الزملاء ، السرقة من المنزل ، السرقة من المحلات .

## رابعاً : تعاطي الأدوية (بدون إذن طبي)

## وعلاقته ببعض المتغيرات لدى طلاب الثانوي

### أ - المتغيرات الشخصية والاجتماعية المقترنة بتعاطي الأدوية :

### ١ - المتغيرات الديموجرافية التي تقترن بتعاطي الأدوية :

جدول رقم (٢٤)

العلاقة بين بعض المتغيرات الديموجرافية

وتعاطي الأدوية بدون إذن طبي

| العينة / المتغيرات | اجمالي العينة ٤٠٠٢ | متعاطو الأدوية (ن = ٦٢٥) | |
|---|---|---|---|
| | | العدد | ٪ للصف |
| ١-المنطقة التعليمية : | | | |
| ١-العاصمة | ٨٦٨ | ٩٦ | ١١,١ |
| ٢- حولي | ٥٨٣ | ١١٥ | ١٩,٧ |
| ٣- الفروانية | ١١٧٧ | ١٧٩ | ١٥,٢ |
| ٤- الجهراء | ٤٧٩ | ٧٥ | ١٥,٧ |
| ٥-الأحمدي | ٨٩٥ | ١٦٠ | ١٧,٩ |

تابع جدول رقم (٢٤)

| المتغيرات / العينة | اجمالي العينة ٤٠٠٢ | متعاطو الأدوية (ن = ٦٢٥) | |
|---|---|---|---|
| | | العدد | ٪ للصف |
| ٢-النظام التعليمي : | | | |
| ١- ثانوي عام | ٢٠١٤ | ٢٩٥ | ١٤,٦ |
| ٢- مقررات | ١٩٨٨ | ٣٣٠ | ١٦,٦ |
| ٣- الصف الدراسي : | | | |
| أولى | ٧٦٦ | ٨٧ | ١١,٤ |
| ثانية | ٨٥٢ | ١٠٤ | ١٢,٢ |
| ثالثة أدبي | ٩٠٠ | ١٣٥ | ١٥,٠ |
| ثالثة علمي | ٦٦٨ | ١١٩ | ١٧,٨ |
| رابعة أدبي | ٤٨٢ | ٦٢ | ١٢,٩ |
| رابعة علمي | ٣٣٤ | ٤٠ | ١٢,٠ |
| ٤- الحالة الدراسية : | | | |
| ١-لم يسبق الرسوب | ٢٥١٤ | ٣٥١ | ١٤,٠ |
| ٢-رسوب مرة واحدة | ٧٨٨ | ١٣٨ | ١٧,٥ |
| ٣-رسوب مرتين | ٣١٧ | ٥٦ | ١٧,٧ |
| ٤-رسوب أكثر من مرتين | ٢٦٤ | ٦٧ | ٢٥,٤ |
| ٥- غير مبين | ١١٩ | ١٣ | ١٠,٩ |

وتكشف النتائج المبينة في الجدول رقم (٢٤) عما يأتي :

- تبين أن أكثر المناطق التعليمية تعاطياً للأدوية بدون إذن طبي هي منطقة حولي ، يليها منطقة الأحمدي ، ثم الجهراء ، ثم الفروانية وتأتي العاصمة في مؤخرة الترتيب .
- تبين أن طلاب نظام المقررات أكثر تعاطياً للأدوية بالمقارنة بطلاب الثانوي العام .
- بخصوص الصف الدراسي ، أوضحت النتائج أن تعاطي الأدوية يأخذ الترتيب التنازلي (بدءاً من الأكثر أو الأعلى إلى الأدنى ) على النحو الآتي :

١- ثالثة علمي

٢ - ثالثة أدبي

٣- رابعة أدبي

٤ - ثانية

٥- رابعة علمي

٦- أولى

- فيما يتعلق بالحالة الدراسية ، أظهرت النتائج أن نسب تعاطي الأدوية تتزايد بشكل جوهري لدى الطلاب الراسبين بالمقارنة بغير الراسبين . كما أن نسب التعاطي تتزايد بتزايد عدد مرات الرسوب .

## ٢ - الظروف الاجتماعية والأسرية التي تقترن بتعاطي الأدوية :

جدول رقم (٢٥)

الظروف الاجتماعية والأسرية المقترنة

بتعاطي الأدوية بدون إذن طبي

| العينة / المتغيرات | اجمالي العينة ٤٠٠٢ | متعاطو الأدوية (ن = ٦٢٥) | |
|---|---|---|---|
| | | العدد | ٪ للصف |
| ١-السكن : | | | |
| ١-مع الأسرة | ٣٩٣٥ | ٦٠٦ | ١٥,٤ |
| ٢-بعيداً عنها | ٤٧ | ١٤ | ٢٩,٨ |
| ٣-غير مبين | ٢٠ | ٥ | ٢٥,٠ |
| ٢-مستوى السكن : | | | |
| ١-دخل محدود | ٩٢٧ | ١٥٩ | ١٧,٢ |
| ٢-دخل متوسط | ١٤٧٢ | ٢٢٢ | ١٥,١ |
| ٣- فيلا | ١٤٤٩ | ٢٣١ | ١٥,٩ |
| ٤- غير مبين | ١٥٤ | ١٣ | ٨,٤ |

تابع جدول رقم (٢٥)

| العينة / المتغيرات | اجمالي العينة ٤٠٠٢ | متعاطو الأدوية (ن = ٦٢٥) العدد | ٪ للصف |
| --- | --- | --- | --- |
| ٣-وجود الأب على قيد الحياة | | | |
| ١-نعم | ٣٦٤١ | ٥٧٠ | ١٥,٧ |
| ٢- لا | ٢٦٨ | ٥٣ | ١٩,٨ |
| ٣- غير مبين | ٩٣ | ٢ | ٢,٢ |
| ٤-أعلى مستوى تعليمي للأب | | | |
| ١-أمي | ٣٧١ | ٦٧ | ١٨,١ |
| ٢-يقرأ ويكتب | ٤٤٤ | ٧٠ | ١٥,٨ |
| ٣-ابتدائية | ٢١٨ | ٤٠ | ١٨,٣ |
| ٤-متوسطة | ٧٦٣ | ١٠٤ | ١٣,٦ |
| ٥-ثانوية | ٨٩٩ | ١٢٧ | ١٤,٨ |
| ٦-جامعية | ٨٦٤ | ١٣١ | ١٥,٢ |
| ٧-شهادة عليا | ٣٩٢ | ٧٩ | ٢٠,٢ |
| ٨- غير مبين | ٩١ | ٧ | ٧,١ |
| ٥-وجود الأم على قيد الحياة : | | | |
| ١-نعم | ٣٨٣٧ | ٦٠٦ | ١٥,٨ |
| ٢-لا | ٦٣ | ١٨ | ٢٨,٦ |
| ٣- غير مبين | ١٠٢ | ١ | ٠,٩٨ |

وبالنسبة للظروف الاجتماعية والأسرية المقترنة بتعاطي الأدوية ، أظهرت النتائج المبينة في الجدول رقم (٢٥) ما يأتي :-

- تبين أن نسب تعاطي الأدوية تتزايد بشكل جوهري بين الطلاب الذين يعيشون بعيداً عن أسرهم بالمقارنة بهؤلاء الذين يعيشون مع أسرهم .
- لا توجد علاقة بين مستوى السكن وتعاطي الأدوية ، حيث تقترب نسب التعاطي

في جميع مستويات السكن من بعضها البعض .

- تزداد نسبة تعاطي الأدوية بين الطلاب الذين توفي آباؤهم بالمقارنة بمن يوجد آباؤهم على قيد الحياة .
- لم تظهر النتائج اقتراناً واضحاً بين مستوى تعليم الأب وتعاطي الأدوية .
- تزداد نسبة تعاطي الأدوية بين الطلاب الذين توفيت أمهاتهم بالمقارنة بهؤلاء الذين يعيشون مع أمهاتهم .

## ٣- المشاركة في الأنشطة الاجتماعية في اقترانها بتعاطي الأدوية :

جدول رقم (٢٦)

المشاركة في الأنشطة الاجتماعية

لدى المتعاطين للأدوية وغر المتعاطين

| العينة / المتغيرات | متعاطو الأدوية ن = ٦٢٥* | | غير المتعاطين للأدوية ن = ٣٢٧٥* | | النسبة الحرجة | مستوى الدلالة |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | عدد | ٪ | عدد | ٪ | | |
| ١ - الاشتراك في أحد النشاطات المدرسية | ١٧٤ | ٢٧,٩ | ٧٧٦ | ٢٣,٧ | ١,١١ | - |
| ٢ - الاشتراك في نشاطات خارج المدرسة | ١٦٥ | ٢٦,٤ | ٦١٥ | ١٨,٨ | ٢,١٧ | ٠,٠٢ |

* مجموع المتعاطين + مجموع غير المتعاطين = ٣٩٠٠ نظراً لأن هناك ١٠٢ لم يستجيبوا على البند الخاص بتعاطي الأدوية ، وهذا ثابت في كل الجداول .

تكشف النتائج المبينة في الجدول رقم (٢٦) عن اقتران واضح بين تعاطي الأدوية والاشتراك في نشاطات اجتماعية ، حيث تبين أن نسبة المشتركين في نشاطات خارج المدرسة يتزايد بشكل جوهري بين متعاطي الأدوية عن غير المتعاطين .

### ٤ - الحالة الصحية وتعاطي الأدوية :

جدول رقم (٢٧)

الحالة الصحية للطلاب في اقترانها بتعاطي الأدوية

| العينة / المتغيرات | متعاطو الأدوية ن = ٦٢٥ | | غير المتعاطين للأدوية ن = ٣٢٧٥ | | النسبة الحرجة | مستوى الدلالة |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | عدد | ٪ | عدد | ٪ | | |
| ١-وجود آلام وأمراض جسمية | ١٨٦ | ٢٩,٨ | ٥٢٢ | ١٦,٠ | ٤,٠٩ | ٠,٠٠٠ |
| ٢-وجود آلام وأمراض نفسية | ٢١١ | ٣٣,٨ | ٥٢٦ | ١٦,٢ | ٣,٣٤ | ٠,٠٠٠ |

وبالنظر في الجدول رقم (٢٧) يتضح أن هناك اقتراناً بين تعاطي الأدوية والإصابة بأمراض جسمية أو نفسية ، حيث تزداد نسبة الإصابة بهذه الأمراض بشكل جوهري بين المتعاطين للأدوية عن غير المتعاطين لها .

### ب - منشأ تعاطي المواد المؤثرة في الأعصاب لدى متعاطي الأدوية وغير المتعاطين .

### ١ - مستوى التعرض المعرفي لثقافة المواد النفسية :

## جدول رقم (٢٨)

## التعرض لثقافة المواد النفسية

## لدى متعاطي الأدوية وغير المتعاطين

| العينة / المتغيرات | متعاطو الأدوية ن = ٦٢٥ | | غير المتعاطين للأدوية ن = ٣٢٧٥ | | النسبة الحرجة | مستوى الدلالة |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | عدد | ٪ | عدد | ٪ | | |
| ١- الرؤية المباشرة : | | | | | | |
| - للمخدرات الطبيعية | ١٧٣ | ٢٧,٧ | ٣٢٤ | ١٠,٠ | ٥,١٦ | ٠,٠٠٠ |
| - الكحوليات | ٣٧٨ | ٦٠,٥ | ١٢٣٧ | ٣٧,٨ | ٨,٠٣ | ٠,٠٠٠ |
| ٢-وجود أصدقاء يتعاطون : | | | | | | |
| - الأدوية | ٣٣٩ | ٥٤,٢ | ٥٨١ | ١٧,٧ | ٦,٧٦ | ٠,٠٠٠ |
| - المخدرات الطبيعية | ١٣٧ | ٢٢,٠ | ١٩١ | ٥,٩ | ٤,٣٥ | ٠,٠٠٠ |
| - الكحوليات | ٢٤٢ | ٣٨,٧ | ٥٣٦ | ١٦,٤ | ٦,٩١ | ٠,٠٠٠ |
| ٣-وجود أقارب يتعاطون : | | | | | | |
| - الأدوية | ٢١٦ | ٣٤,٦ | ٣٣٠ | ١٠,١ | ٧,٠٧ | ٠,٠٠٠ |
| - المخدرات الطبيعية | ٨٧ | ١٤,٠ | ١٢٨ | ٣,٩ | ٢,٦٨ | ٠,٠٠٤ |
| - الكحوليات | ١٦٩ | ٢٧,٠ | ٣٦٢ | ١١,١ | ٤,٧٠ | ٠,٠٠٠ |

يتضح من الجدول رقم (٢٨) ما يأتي :

- أن الطلاب الذين يتعاطون الأدوية أكثر تعرضاً للمواد النفسية الأخرى ، فهم أكثر رؤية للمخدرات الطبيعية والكحوليات - بالمقارنة بغير المتعاطين .
- تبين أيضاً أن الطلاب الذين يتعاطون الأدوية يوجد في محيطهم أصدقاء وأقارب يتعاطون هذه الأدوية ، بنسبة تفوق جوهرياً غير المتعاطين للأدوية .

## ٢ - المعتقدات الشخصية حول تأثير المواد النفسية :

جدول رقم (٢٩)

المعتقدات الخاصة بالمواد المؤثرة في الأعصاب

لدى متعاطي الأدوية وغير المتعاطين

| المتغيرات / العينة | متعاطو الأدوية ن = ٦٢٥ | | غير المتعاطين للأدوية ن = ٣٢٧٥ | | النسبة الحرجة | مستوى الدلالة |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | عدد | ٪ | عدد | ٪ | | |
| ١ - المعتقدات حول المخدرات الطبيعية | | | | | | |
| - لها تأثير مفيد | ٢٦ | ٤,٢ | ٣١ | ١,٠ | ٠,٢١٩ | - |
| - لها تأثير ضار | ٥٧٠ | ٩٢,١ | ٣١٨٥ | ٩٧,٣ | ٧,٧٣ | - |
| - لا تأثير لها | ٢٣ | ٣,٧ | ٣٥ | ٠١,١ | ٠,٦٧ | ٠,٠٠٠ |
| ٢ - المعتقدات حول تأثير الكحوليات : | | | | | | |
| - لها تأثير مفيد | ٥٢ | ٨,٣ | ٥١ | ١,٦ | ١,٦٩ | ٠,٠٥ |
| - لها تأثير ضار | ٥١٢ | ٨١,٩ | ٣١٢٤ | ٩٥,٤ | ١١,٦٧ | ٠,٠٠٠ |
| - لا تأثير لها | ٥٠ | ٨,١ | ٧١ | ٠٢,٢ | ١,٦٢ | ٠,٠٥ |

تكشف النتائج المبينة في الجدول رقم (٢٩) عن أن الطلاب المتعاطين للأدوية أكثر اعتقاداً بشكل جوهري في فائدة المخدرات الطبيعية ، والكحوليات - بالمقارنة بالطلاب غير المتعاطين للأدوية . كما أن الطلاب المتعاطين للأدوية أقل اعتقاداً في أضرار هذه المواد بالمقارنة بغير المتعاطين للأدوية .

### ج – مدى انتشار تعاطي المواد النفسية لدى المتعاطين وغير المتعاطين للأدوية :

جدول رقم (٣٠)

النسب المئوية لتجريب المواد النفسية الأخرى

لدى المتعاطين وغير المتعاطين للأدوية

| العينة / المتغيرات | متعاطو الأدوية ن = ٦٢٥ | | غير المتعاطين للأدوية ن = ٣٢٧٥ | | النسبة الحرجة | مستوى الدلالة |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | عدد | ٪ | عدد | ٪ | | |
| – تدخين الشيشة | ١٦٩ | ٢٧,٠ | ٣١٠ | ٩,٥ | ٥,٥٢ | ٠,٠٠٠ |
| – تدخين السجائر | ٢٠٣ | ٣٢,٥ | ٢٨٨ | ٨,٨ | ٦,٤٠ | ٠,٠٠٠ |
| – تعاطي المخدرات الطبيعية | ٥٤ | ٨,٦ | ٢٣ | ٠,٧ | ١,٣٣ | – |
| – تعاطي الكحوليات | ١٩٥ | ٣١,٢ | ٢٩٧ | ٩,١ | ٦,٣٥ | ٠,٠٠٠ |
| – تعاطي الهيروين | ٣٦ | ٥,٩ | ٢٤ | ٠,٧ | ١,٠٣ | – |

تكشف النتائج الواردة في الجدول رقم (٣٠) عن فروق جوهرية بين من يتعاطون الأدوية وغير المتعاطين في تعاطي المواد الأخرى (ولو مرة واحدة على سبيل التجريب) . فقد ظهر أن المتعاطين للأدوية أكثر تدخيناً للشيشة ، والسجائر ، وأكثر تعاطياً للمخدرات الطبيعية ، والكحوليات ، والهيروين ، والفروق بين المجموعتين دالة إحصائياً .

**د - الاتجاه نحو المواد المؤثرة في الأعصاب لدى الطلاب المتعاطين وغير المتعاطين للأدوية :**

**١ - الاستمرار والتوقف عن تعاطي المواد المؤثرة في الأعصاب .**

تكشف النتائج المبينة في الجدول التالي رقم (٣١) عن فروق جوهرية بين المتعاطين وغير المتعاطين للأدوية في الاستمرار والتوقف عن تعاطي المواد الأخرى ، فقد تبين أن نسبة المستمرين في تعاطي المخدرات الطبيعية وشرب الكحوليات بين جمهور الطلاب المتعاطين للأدوية تفوق جمهور الطلاب غير المتعاطين للأدوية ، والفروق بينهما جوهرية في حالة الاستمرار في تعاطي الكحوليات .

جدول رقم (٣١)

الاستمرار والتوقف عن تعاطي المواد المؤثرة في الأعصاب
لدى متعاطي الأدوية وغير المتعاطين

| العينة / الاتجاه نحو التعاطي | متعاطو الأدوية (ن=٦٢٥) من تعاطي منهم المخدرات (ن=٦٠) | | غير المتعاطين للأدوية (ن=٣٢٧٥) من تعاطي منهم المخدرات (ن=٢٣) | | النسبة الحرجة | مستوى الدلالة | متعاطوا الأدوية (ن=٦٢٥) من تعاطي منهم الكحوليات (ن=١٧٩) | | غير المتعاطين للأدوية (ن=٣١٧٥) من تعاطي منهم الكحوليات (ن=٢٤٠) | | النسبة الحرجة | مستوى الدلالة |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | ك | ٪ | ك | ٪ | | | ك | ٪ | ك | ٪ | | |
| ١ - الاستمرار في التعاطي حتى الآن | ٣٥ | ٥٨,٣ | ١٥ | ٦٥,٢ | ٠,٨٢٣ | - | ٧٨ | ٤٣,٦ | ٥١ | ٢١,٣ | ٢,٦٠٠ | ٠,٠٠٥ |
| ١ - التوقف عن التعاطي | ٢٥ | ٤١,٧ | ٨ | ٣٤,٨ | ٠,٨٣٠ | - | ١٠١ | ٥٦,٤ | ١٨٩ | ٧٨,٨ | ٤,٠٠٥ | ,٠٠٠ |

## ٢ - الاقدام والاحجام عن تعاطي المواد الأخرى المؤثرة في الأعصاب لدى المتعاطين وغير المتعاطين للأدوية :

جدول رقم (٣٢)

نسب الإقدام والإحجام عن تعاطي المواد المؤثرة في الأعصاب

لدى متعاطي الأدوية وغير المتعاطين

| العينة / المتغيرات | متعاطو الأدوية | | غير المتعاطين للأدوية | | النسبة الحرجة | مستوى الدلالة |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | ك | ٪ | ك | ٪ | | |
| ١ - المخدرات الطبيعية : | (ن = | ٥٢٩) | (ن = | ٢٩٥١) | | |
| إقدام | ٦١ | ١١,٥ | ١٠٢ | ٣,٥ | ٢,٠٦ | ٠,٠٢ |
| إحجام | ٤٦٨ | ٨٨,٥ | ٢٨٤٩ | ٩٦,٥ | ٧,٦٣ | ٠,٠٠٠ |
| ٢ - الكحوليات : | (ن = | ٤٩٦) | (ن = | ٢٨٤٠) | | |
| إقدام | ٨٦ | ٧,٣١ | ٨٧ | ٣,١ | ٣,٠٩ | ٠,٠٠١ |
| إحجام | ٤١٠ | ٨٢,٧ | ٢٧٥٣ | ٩٦,٩ | ١٢,٣٨ | ٠,٠٠٠ |

تشير النتائج الواردة في الجدول رقم (٣٢) إلى وجود فروق جوهرية بين المتعاطين للأدوية وغير المتعاطين في الاتجاه نحو تعاطي المخدرات والكحوليات . فقد أظهرت النتائج أن متعاطي الأدوية أكثر إقداماً واستعداداً لتعاطي المخدرات الطبيعية والكحوليات في حالة ما إذا سنحت لهم الفرصة .

### هـ - المقارنة بين المتعاطين للأدوية وغير المتعاطين لها في الانحرافات السلوكية :

توضح النتائج المبينة في الجدول رقم (٣٣) أن الطلاب الذين يتعاطون الأدوية أكثر وقوعاً في الانحرافات السلوكية ، بالمقارنة بالطلاب غير المتعاطين للأدوية ، وأن

أكثر هذه الانحرافات شيوعاً لدى المتعاطين للأدوية هي : الغش في الامتحانات ، والشجار مع المدرسين ، والطرد من غرفة الدراسة ، والشجار مع الوالدين ، والهروب من المدرسة ، والاعتداء على الزملاء بالضرب .

جدول رقم (٣٣)

الفروق بين المتعاطين للأدوية وغير المتعاطين من طلاب المرحلة الثانوية في الانحرافات السلوكية

| العينة / الانحرافات السلوكية | متعاطو الأدوية ن = ٦٢٥ | | غير المتعاطين للأدوية ن = ٣٢٧٥ | | النسبة الحرجة | مستوى الدلالة |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | ك | ٪ | ك | ٪ | | |
| ١ - الشجار مع المدرسين | ٣٧٤ | ٥٩,٨ | ١٤٦٩ | ٤٤,٩ | ٥,٦٣ | ٠,٠٠٠ |
| ٢ - الهروب من المدرسة | ٢٦٥ | ٤٢,٤ | ٧٦٣ | ٢٣,٣ | ٦,٣٦ | ٠,٠٠٠ |
| ٣ - الاعتداء على بعض المدرسين بالضرب والإهانة | ١٣٥ | ٢١,٦ | ٢٧٥ | ٨,٤ | ٣,٩٩ | ٠,٠٠٠ |
| ٤ - الفصل من المدرسة لكثرة الغياب | ١٤٠ | ٢٢,٤ | ٣٢٥ | ١٠,٠ | ٣,٧٥ | ٠,٠٠٠ |
| ٥ - الطرد من غرفة الدراسة | ٣٢٨ | ٥٢,٥ | ١٠٥٣ | ٣٢,٢ | ٧,٠٨ | ٠,٠٠٠ |
| ٦ - الغش في الامتحانات | ٤٤٨ | ٧١,٧ | ١٨٩٦ | ٥٧,٩ | ٦,٠٤ | ٠,٠٠٠ |
| ٧ - السرقة من الزملاء | ١٠٣ | ١٦,٥ | ٢٤٦ | ٧,٥ | ٢,٦٤ | ٠,٠٠٤ |
| ٨ - الاعتداء على الزملاء بالضرب | ٢٦٥ | ٤٢,٤ | ٨٨٥ | ٢٧,٠ | ٥,١٧ | ٠,٠٠٠ |
| ٩ - الشجار مع الوالدين | ٢٨٠ | ٤٤,٨ | ٩٩٣ | ٣٠,٣ | ٤,٨٩ | ٠,٠٠٠ |
| ١٠- الهروب من المنزل | ١٦٤ | ٢٦,٢ | ٣١٣ | ٩,٦ | ٤,٩٩ | ٠,٠٠٠ |
| ١١- السرقة من المنزل | ٩٤ | ١٥,٠ | ١٦١ | ٥,٠ | ٢,٨٧ | ٠,٠٠٢ |
| ١٢- مشكلات مع الشرطة | ١٦٢ | ٢٥,٩ | ٣٧٢ | ١١,٤ | ٤,٤٧ | ٠,٠٠٠ |
| ١٣- السرقة من المحلات | ٧٢ | ١١,٥ | ١٢٠ | ٣,٧ | ٢,١٩ | ٠,٠١ |

## خامساً : تعاطي المخدرات الطبيعية وعلاقته

## ببعض المتغيرات لدى طلاب الثانوي

### أ- المتغيرات الشخصية والاجتماعية المقترنة بتعاطي المخدرات الطبيعية .

### ١ - المتغيرات الديموجرافية التي تقترن بتعاطي المخدرات الطبيعية :

جدول رقم (٣٤)

العلاقة بين بعض المتغيرات الديموجرافية

وتعاطي المخدرات الطبيعية

| العينة / المتغيرات | اجمالي العينة ٤٠٠٢ | متعاطو المخدرات (ن = ٨٣) | |
|---|---|---|---|
| | | العدد | ٪ للصف |
| ١- المنطقة التعليمية : | | | |
| ١- العاصمة | ٨٦٨ | ١٤ | ١,٦ |
| ٢- حولي | ٥٨٣ | ٩ | ١,٦ |
| ٣- الفروانية | ١١٧٧ | ١٦ | ١,٤ |
| ٤- الجهراء | ٤٧٩ | ١١ | ٢,٣ |
| ٥- الأحمدي | ٨٩٥ | ٣٣ | ٣,٧ |
| ٢- النظام التعليمي : | | | |
| ١- ثانوي عام | ٢٠١٤ | ٤٥ | ٢, ٢ |
| ٢- مقررات | ١٩٨٨ | ٣٨ | ١,٧ |
| ٣- الصف الدراسي : | | | |
| أولى | ٧٦٦ | ٩ | ١,٢ |
| ثانية | ٨٥٢ | ١٤ | ١,٦ |
| ثالثة أدبي | ٩٠٠ | ٢٦ | ٢,٩ |
| ثالثة علمي | ٦٦٨ | ٢١ | ٣,١ |
| رابعة أدبي | ٤٨٢ | ٩ | ١,٩ |
| رابعة علمي | ٣٣٤ | ٤ | ١,٢ |

تابع جدول رقم (٣٤)

| المتغيرات / العينة | اجمالي العينة ٤٠٠٢ | متعاطو المخدرات (ن = ٨٣) العدد | ٪ للصف |
|---|---|---|---|
| ٤- الحالة الدراسية : | | | |
| ١-لم يسبق الرسوب | ٢٥١٤ | ٣٠ | ١,٢ |
| ٢-رسوب مرة واحدة | ٧٨٨ | ٢١ | ٢,٧ |
| ٣-رسوب مرتين | ٣١٧ | ٩ | ٢,٩ |
| ٤-رسوب أكثر من مرتين | ٢٦٤ | ٢٢ | ٨,٣ |
| ٥- غير مبين | ١١٩ | ١ | ٠,٨ |

يبين الجدول رقم (٣٤) العلاقة أو مدى الاقتران بين تعاطي المخدرات وبعض المتغيرات الديموجرافية لدى المتعاطين من طلاب الثانوي ، حيث كشفت النتائج عما يأتي :

- أن أكثر المحافظات تعاطياً للمخدرات الطبيعية هي الأحمدي ، يليها الجهراء ، ثم يليها كل من العاصمة وحولي بنفس النسبة .
- تبين أيضاً أن طلاب نظام الثانوي العام هم أكثر تعاطياً للمخدرات من طلاب المقررات ، وإن كانت الفروق بينهما لم تكن جوهرية .
- ظهر أيضاً أن أكثر طلاب الصفوف الدراسية تعاطياً للمخدرات الطبيعية هم طلاب الصف الثالث علمي ، يليهم طلاب الصف الثالث أدبي ، ثم طلاب الصف الرابع أدبي ، يليهم طلاب الصف الثاني ، ثم طلاب الصف الأول والصف الرابع علمي بنفس النسبة .
- أوضحت النتائج أيضاً تزايد حالات تعاطي المخدرات الطبيعية بشكل جوهري مع

تزايد مرات الرسوب ، حيث ظهرت فروق جوهرية تشير إلى أن الراسبين أكثر تعاطياً للمخدرات بالمقارنة بغير الراسبين .

## ٢ - الظروف الاجتماعية والأسرية التي تقترن بتعاطي المخدرات الطبيعية

جدول رقم (٣٥)

الظروف الاجتماعية والأسرية المقترنة بتعاطي المخدرات الطبيعية

| العينة / المتغيرات | اجمالي العينة ٤٠٠٢ | متعاطو المخدرات (ن = ٨٣) | |
|---|---|---|---|
| | | العدد | ٪ للصف |
| ١- السكن : | | | |
| ١-مع الأسرة | ٣٩٣٥ | ٨٠ | ٢,٠ |
| ٢-بعيداً عنها | ٤٧ | ٢ | ٤,٣ |
| ٣- غير مبين | ٢٠ | ١ | ٥,٠ |
| ٢-مستوى السكن : | | | |
| ١-دخل محدود | ٩٢٧ | ٢٩ | ٣,١ |
| ٢-دخل متوسط | ١٤٧٢ | ١٨ | ١,٢ |
| ٣- فيلا | ١٤٤٩ | ٣٤ | ٢,٣ |
| ٤-غير مبين | ١٥٤ | ٢ | ١,٣ |
| ٣-وجود الأب على قيد الحياة | | | |
| ١-نعم | ٣٦٤١ | ٧٦ | ٢,١ |
| ٢- لا | ٢٦٨ | ٧ | ٢,٦ |
| ٣- غير مبين | ٩٣ | - | - |

تابع جدول رقم (٣٥)

| المتغيرات / العينة | اجمالي العينة ٤٠٠٢ | متعاطو المخدرات (ن = ٨٣) | |
|---|---|---|---|
| | | العدد | ٪ للصف |
| ٤-أعلى مستوى تعليمي للأب | | | |
| ١-أمي | ٣٧١ | ١٠ | ٢,٧ |
| ٢-يقرأ ويكتب | ٤٤٤ | ١٣ | ٣,٠ |
| ٣-ابتدائية | ٢١٨ | ٢ | ٠,٩ |
| ٤-متوسطة | ٧٦٣ | ١١ | ١,٤ |
| ٥-ثانوية | ٨٥٩ | ٢٠ | ٢,٣ |
| ٦-جامعية | ٨٦٤ | ١٢ | ١,٤ |
| ٧-شهادة عليا | ٣٩٢ | ١٤ | ٣,٦ |
| ٨- غير مبين | ٩١ | ١ | ١,٤ |
| ٥-وجود الأم على قيد الحياة : | | | |
| ١-نعم | ٣٨٣٧ | ٨١ | ٢,١ |
| ٢-لا | ٦٣ | ١ | ١,٦ |
| ٣- غير مبين | ١٠٢ | ١ | ٠,٩٨ |

تشير النتائج المبينة في الجدول رقم (٣٥) إلى ما يأتي :

- تتزايد نسبة تعاطي المخدرات بين الطلاب الذين يعيشون بعيداً عن أسرهم بالمقارنة بالطلاب الذين يعيشون مع أسرهم .
- أظهرت النتائج أيضاً أن مستوى السكن المحدود يرتبط بتزايد حالات تعاطي المخدرات بالمقارنة بالمستويين الآخرين .
- لا توجد فروق جوهرية بين تعاطي المخدرات الطبيعية ووجود الأب أو الأم على

قيد الحياة أو عدم وجودهما .

- تبين أيضاً أنه لا يوجد اتجاه واضح للعلاقة بين تعاطي المخدرات الطبيعية ومستوى تعليم الأب ؛ حيث تتزايد نسب التعاطي في المستويين الأدنى والأعلى من تعليم الأب ، وتتراوح ارتفاعاً وانخفاضاً في المستويات الوسطى .

### ٣ - المشاركة في الأنشطة الاجتماعية في اقترانها بتعاطي المخدرات الطبيعية :

جدول رقم (٣٦)

المشاركة في الأنشطة الاجتماعية

لدى متعاطي المخدرات الطبيعية وغير المتعاطين

| العينة / المتغيرات | متعاطو المخدرات ن = ٨٣ | | غير المتعاطين ن = ٣٨٣٤ | | النسبة الحرجة | مستوى الدلالة |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | عدد | ٪ | عدد | ٪ | | |
| ١ - الاشتراك في أحد النشاطات المدرسية | ٢٦ | ٣١,٣ | ٩٣١ | ٢٤,٣ | ٠,٨٠ | - |
| ٢ - الاشتراك في نشاطات خارج المدرسة | ٢٧ | ٣٢,٥ | ٧٤٩ | ١٩,٦ | ١,٧٠ | ٠,٠٥ |

بالنظر في الجدول رقم (٣٦) يتضح أن هناك اقتراناً واضحاً بين تعاطي المخدرات الطبيعية والاشتراك في نشاطات اجتماعية ؛ حيث تفوق متعاطو المخدرات في الاشتراك في هذه الأنشطة - بالمقارنة بغير المتعاطين .

**٤ - الحالة الصحية للطلاب وتعاطي المخدرات الطبيعية .**

جدول رقم (٣٧)

الحالة الصحية للطلاب في اقترانها

بتعاطي المخدرات الطبيعية

| العينة / المتغيرات | متعاطو المخدرات ن = ٨٣ | | غير المتعاطين ن = ٣٨٣٤ | | النسبة الحرجة | مستوى الدلالة |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | عدد | ٪ | عدد | ٪ | | |
| ٤- وجود آلام وأمراض جسمية | ٣٧ | ٤٥,٦ | ٦٧٤ | ١٧,٦ | ٤,٢١ | ٠,٠٠٠ |
| ٥- وجود آلام وأمراض نفسية | ٣٨ | ٤٦,٨ | ٧٠٠ | ١٨,٣ | ٤,٢٩ | ٠,٠٠٠ |

تكشف النتائج الواردة في جدول (٣٧) عن علاقة جوهرية بين تعاطي المخدرات الطبيعية والإصابة بالأمراض الجسمية والنفسية ؛ فالمتعاطون لهذه المخدرات أكثر إصابة بهذه الأمراض بالمقارنة بغير المتعاطين .

**ب - منشأ تعاطي المواد المؤثرة في الأعصاب لدى متعاطي المخدرات الطبيعية وغير المتعاطين**

**١ - مستوي التعرض لثقافة المواد النفسية :**

جدول رقم (٣٨)

التعرض لثقافة المواد النفسية

لدى المتعاطين للمخدرات الطبيعية وغير المتعاطين

| العينة / المتغيرات | متعاطو المخدرات ن = ٨٣ | | غير المتعاطين للمخدرات ن = ٣٨٣٤ | | النسبة الحرجة | مستوى الدلالة |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | ك | ٪ | ك | ٪ | | |
| ١- الرؤية المباشرة : | | | | | | |
| - للأدوية | ٦١ | ٧٤,٧ | ٨٦٨ | ٢٢,٦ | ٩,٠١ | ٠,٠٠٠ |
| - للكحوليات | ٧٤ | ٨٩,٢ | ١٥٥٤ | ٤٠,٥ | ٨,٢٢ | ٠,٠٠٠ |
| ٢ - وجود أصدقاء يتعاطون : | | | | | | |
| - الأدوية | ٤٦ | ٥٥,٤ | ٤٥٥ | ١١,٩ | ٧,٩١ | ٠,٠٠٠ |
| - المخدرات الطبيعية | ٥٤ | ٦٥,١ | ٢٧٥ | ٧,٢ | ١٠,٥٤ | ٠,٠٠٠ |
| - الكحوليات | ٦١ | ٧٣,٥ | ٧١٨ | ١٨,٧ | ٩,٨٥ | ٠,٠٠٠ |
| ٣- وجود أقارب يتعاطون : | | | | | | |
| - الأدوية | ٤٣ | ٥١,٨ | ٥٠٥ | ١٣,٢ | ٦,٦٥ | ٠,٠٠٠ |
| - المخدرات الطبيعية | ٣٨ | ٤٥,٨ | ١٧٦ | ٤,٦ | ٧,١٧ | ٠,٠٠٠ |
| - الكحوليات | ٣٩ | ٤٧,٠ | ٤٩١ | ١٢,٩ | ٥,٦٨ | ٠,٠٠٠ |

تشير النتائج الواردة في جدول (٣٨) إلى أن متعاطي المخدرات أكثر تعرضاً لثقافة المخدرات – من خلال الرؤية المباشرة ، ووجود أصدقاء وأقارب يتعاطون المواد النفسية – بالمقارنة بغير المتعاطين للمخدرات الطبيعية .

**٢- المعتقدات الشخصية حول تأثير المواد النفسية لدى المتعاطين للمخدرات وغير المتعاطين :**

## جدول رقم (٣٩)

## المعتقدات الخاصة بالمواد المؤثرة في الأعصاب لدى متعاطي المخدرات الطبيعية وغير المتعاطين

| العينة / المتغيرات | متعاطو المخدرات ن = ٨٣ | | غير المتعاطين للمخدرات ن = ٣٨٣٤ | | النسبة الحرجة | مستوى الدلالة |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | عدد | ٪ | عدد | ٪ | | |
| ١ - المعتقدات حول تأثير الأدوية المهدئة | | | | | | |
| - لها تأثير مفيد | ٣٦ | ٤٣,٤ | ٤٤٩ | ١١,٧ | ٥,٣١ | ٠,٠٠٠ |
| - لها تأثير ضار | ٣٧ | ٤٤,٦ | ٣٠٠٦ | ٧٨,٤ | ٥,٠٧ | ٠,٠٠٠ |
| - لا تأثير لها | ٩ | ١٠,٨ | ٣٣٦ | ٨,٨ | ٠,٢١٨ | - |
| ٢ - المعتقدات حول تأثير الأدوية المنشطة | | | | | | |
| - لها تأثير مفيد | ٤١ | ٤٩,٤ | ٢٨٢ | ٧,٥ | ٧,٦٨ | ٠,٠٠٠ |
| - لها تأثير ضار | ٣٣ | ٣٩,٨ | ٣١٨٣ | ٨٣,٠ | ٦,٧٧ | ٠,٠٠٠ |
| - لا تأثير لها | ٧ | ٨,٤ | ٣٠٩ | ٨,١ | ٠,٠٣٨ | - |
| ٣ - المعتقدات حول تأثير الأدوية المنومة : | | | | | | |
| - لها تأثير مفيد | ٣٩ | ٤٧,٠ | ٤٧٤ | ١٢,٤ | ٥,٨٧ | ٠,٠٠٠ |
| - لها تأثير ضار | ٢٩ | ٣٥,٠ | ٢٨٠٨ | ٧٣,٢ | ٤,٦٩ | ٠,٠٠٠ |
| - لا تأثير لها | ١٤ | ١٦,٩ | ٥١٣ | ١٣,٥ | ٠,٣٩ | - |
| ٤ - المعتقدات حول تأثير الكحوليات : | | | | | | |
| - لها تأثير مفيد | ٢٦ | ٣١,٣ | ٨١ | ٢,١ | ٤,٤٨ | ٠,٠٠٠ |
| - لها تأثير ضار | ٤٣ | ٥١,٨ | ٣٦١٤ | ٩٤,٣ | ١٢,٢١ | ٠,٠٠٠ |
| - لا تأثير لها | ١٤ | ١٦,٩ | ١١٢ | ٢,٩ | ٢,٣٩ | ٠,٠١ |

يتبين من النتائج الواردة في جدول رقم (٣٩) أن الطلاب المتعاطين للمخدرات الطبيعية أكثر اعتقاداً في فائدة تعاطي الأدوية ، والكحوليات بالمقارنة بغير المتعاطين للمخدرات الطبيعية .

## ج – مدى انتشار تعاطي المواد المؤثرة في الأعصاب لدى المتعاطين وغير المتعاطين للمخدرات الطبيعية :

جدول رقم (٤٠)

النسب المئوية لتجريب المواد المؤثرة في الأعصاب
لدى متعاطي المخدرات الطبيعية وغير المتعاطين

| العينة / المتغيرات | متعاطو المخدرات ن = ٨٣ | | غير المتعاطين للمخدرات ن = ٣٨٣٤ | | النسبة الحرجة | مستوى الدلالة |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | عدد | ٪ | عدد | ٪ | | |
| - تدخين الشيشة | ٥٤ | ٦٥,١ | ٤٣٣ | ١١,٣ | ٩,٤٤ | ٠,٠٠٠ |
| - تدخين السجائر | ٦١ | ٧٣,٥ | ٥١٢ | ١٣,٤ | ١٠,٩٩ | ٠,٠٠٠ |
| - تعاطي الأدوية | ٥٤ | ٦٥,١ | ٥٥٨ | ١٤,٦ | ٩,٧٣ | |
| - تعاطي الكحوليات | ٦٢ | ٧٤,٧ | ٤٣٤ | ١١,٣ | ١١,٩٣ | ٠,٠٠٠ |
| - تعاطي الهيروين | ٢٦ | ٣١,٣ | ٣٣ | ٠,٩ | ٣,٣٧ | ٠,٠٠٠ |

تشير النتائج الواردة في الجدول رقم (٤٠) إلى أن الذين يتعاطون المخدرات أكثر تدخيناً للسجائر والشيشة ، وأكثر تعاطياً للأدوية والكحوليات والهيروين – بالمقارنة بغير المتعاطين للمخدرات .

## د – الاتجاه نحو المواد المؤثرة في الأعصاب لدى الطلاب المتعاطين للمخدرات الطبيعية وغير المتعاطين لها :

١ – الاستمرار والتوقف عن تعاطي المواد المؤثرة في الأعصاب .

جدول رقم ( ٤١ )

الاستمرار والتوقف عن تعاطي المواد المؤثرة في الأعصاب

لدى الذين يتعاطون المخدرات الطبيعية وغير المتعاطين

| العينة / الاتجاه نحو التعاطي | متعاطو المخدرات (ن=٨٣) من تعاطي منهم الأدوية (ن=٥٥) | | غير المتعاطين للمخدرات (ن=٣٨٣٤) من تعاطي منهم الأدوية (ن=٤٠٤) | | النسبة الحرجة | مستوى الدلالة | متعاطو المخدرات (ن=٨٣) من تعاطي منهم الكحوليات (ن=٦٩) | | غير المتعاطين للمخدرات (ن=٣٨٣٤) من تعاطي منهم الكحوليات (ن=٢٨) | | النسبة الحرجة | مستوى الدلالة |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | ك | ٪ | ك | ٪ | | | ك | ٪ | ك | ٪ | | |
| ١ - الاستمرار في التعاطي حتى الآن | ٢٨ | ٥٠,٩ | ١١٣ | ٢٨,٠ | ٢,٣٢ | ٠,٠١ | ٤٢ | ٦٠,٩ | ١٠ | ٣٥,٧ | ٣,٦٠ | ٠,٠٠٠ |
| ١ - التوقف عن التعاطي | ٢٧ | ٤٩,١ | ٢٩١ | ٧٢,٠ | ٢,٤٩ | ٠,٠١ | ٢٧ | ٣٩,٤ | ١٨ | ٦٤,٣ | ٣,٣٧ | ٠,٠٠٠ |

يتبين من النتائج المبينة في جدول رقم (٤١) أن نسبة المستمرين في تعاطي الأدوية والكحوليات تتزايد بشكل جوهري بين الطلاب المتعاطين للمخدرات الطبيعية بالمقارنة بغير المتعاطين لهذه المخدرات ، مما يكشف عن اقتران واضح بين تعاطي المخدرات الطبيعية وتعاطي المواد الأخرى .

## ٢ - الإقدام والإحجام عن تعاطي المواد الأخرى المؤثرة في الأعصاب لدى المتعاطين للمخدرات الطبيعية وغير المتعاطين .

جدول رقم (٤٢)

نسب الإقدام والإحجام عن تعاطي المواد المؤثرة في الأعصاب

لدى متعاطي المخدرات وغير المتعاطين

| العينة / المتغيرات | متعاطو المخدرات | | غير المتعاطين للمخدرات | | النسبة الحرجة | مستوى الدلالة |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | عدد | ٪ | عدد | ٪ | | |
| ١- الأدوية : | (ن = | ٦٤) | (ن = | ٣٣٤٢) | | |
| إقدام | ٣٢ | ٥٠,٠ | ١٤٥ | ٤,٣ | ٧,٠٦ | ٠,٠٠٠ |
| إحجام | ٣٢ | ٥٠,٠ | ٣١٩٧ | ٩٥,٧ | ١٢,٠٩ | ٠,٠٠٠ |
| ٢ - الكحوليات : | (ن = | ٦٥) | (ن = | ٣٢٩٨) | | |
| إقدام | ٣٧ | ٥٦,٩ | ١٤٠ | ٤,٢ | ٧,٩٤ | ٠,٠٠٠ |
| إحجام | ٢٨ | ٤٣,١ | ٣١٥٨ | ٩٥,٨ | ١٣,١٧ | ٠,٠٠٠ |

تكشف النتائج الواردة في الجدول رقم (٤٢) عن أن المتعاطين للمخدرات الطبيعية أكثر إقداماً على تعاطي الأدوية والكحوليات في حالة ما إذا سنحت الفرصة لهم بالمقارنة بغير المتعاطين .

### هـ - المقارنة بين المتعاطين وغير المتعاطين للمخدرات الطبيعية في الانحرافات السلوكية

أوضحت النتائج المبينة في الجدول رقم (٤٣) أن المتعاطين للمخدرات الطبيعية أكثر ارتكاباً للانحرافات السلوكية بالمقارنة بغير المتعاطين للمخدرات الطبيعية ، ويتبين أن أكثر الانحرافات السلوكية التي يقع فيها المتعاطون للمخدرات هي : الغش في الامتحانات ، الشجار مع المدرسين ، والهروب من المدرسة ، والطرد من غرفة الدراسة ، ومشكلات مع الشرطة ، والاعتداء على الزملاء ، الاعتداء على المدرسين .

## جدول رقم (٤٣)

## الفروق بين المتعاطين وغير المتعاطين للمخدرات الطبيعية في الانحرافات السلوكية

| العينة / الانحرافات السلوكية | متعاطو المخدرات (ن = ٨٣) | | غير المتعاطين للمخدرات (ن = ٣٨٣٤) | | النسبة الحرجة | مستوى الدلالة |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | ك | ٪ | ك | ٪ | | |
| ١ - الشجار مع المدرسين | ٦١ | ٧٣,٥ | ١٧٨٦ | ٤٦,٦ | ٤,٩٠ | ٠,٠٠٠ |
| ٣ - الاعتداء على بعض المدرسين بالضرب والإهانة | ٥٢ | ٦٢,٧ | ٩٨٨ | ٢٥,٨ | ٦,٧٠ | ٠,٠٠٠ |
| ٤ - الفصل من المدرسة لكثرة الغياب | ٤١ | ٤٩,٣ | ٣٧٣ | ٩,٧ | ٧,٨٨ | ٠,٠٠٠ |
| ٥ - الطرد من غرفة الدراسة | ٣٧ | ٤٤,٦ | ٤٢٧ | ١١,٢ | ٦,١٥ | ٠,٠٠٠ |
| ٦ - الغش في الامتحانات | ٥١ | ٦١,٤ | ١٣٣٨ | ٣٤,٩ | ٤,٦٠ | ٠,٠٠٠ |
| ٧ - السرقة من الزملاء | ٦١ | ٧٣,٥ | ٢٣٠٠ | ٦٠,٠ | ٣,٠٤ | ٠,٠٠٠ |
| ٨ - الاعتداء على الزملاء بالضرب | ٢٨ | ٣٣,٧ | ٣٢٣ | ٨,٤ | ٤,٦٠ | ٠,٠٠٤ |
| ٩ - الشجار مع الوالدين | ٤٧ | ٥٦,٦ | ١١١٦ | ٢٩,١ | ٤,٧٩ | ٠,٠٠٠ |
| ١٠ - الهروب من المنزل | ٤٧ | ٥٦,٦ | ١٢٣٥ | ٣٢,٢ | ٤,٠١ | ٠,٠٠٠ |
| ١١ - السرقة من المنزل | ٤١ | ٤٩,٤ | ٤٣٧ | ١١,٤ | ٧,٢١ | ٠,٠٠٠ |
| ١٢ - مشكلات مع الشرطة | ٣٣ | ٣٩,٨ | ٢٢٢ | ٥,٨ | ٦,٤٩ | ٠,٠٠٠ |
| ١٣ - السرقة من المحلات | ٤٩ | ٥٩,٠ | ٥٠٢ | ١٣,١ | ٨,٩٣ | ٠,٠٠٠ |
| | ٣٠ | ٣٦,١ | ١٦٤ | ٤,٢ | ٥,٩١ | ٠,٠٠٠ |

## سادساً : تعاطي الكحوليات

## وعلاقته ببعض المتغيرات لدى طلاب الثانوي

### أ - المتغيرات الشخصية والاجتماعية المقترنة بتعاطي الكحوليات

### ١ - المتغيرات الديموجرافية التي تقترن بتعاطي الكحوليات :

جدول رقم (٤٤)

العلاقة بين بعض المتغيرات الديموجرافية
وتعاطي الكحوليات

| العينة / المتغيرات | اجمالي العينة (ن=٤٠٠٢) | متعاطو الكحوليات (ن = ٥٠٩) | |
|---|---|---|---|
| | | العدد | ٪ للصف |
| ١- المنطقة التعليمية : | | | |
| ١- العاصمة | ٨٦٨ | ١٠٠ | ١١,٥ |
| ٢- حولي | ٥٨٣ | ٧١ | ١٢,٢ |
| ٣- الفروانية | ١١٧٧ | ٩٤ | ٨,٠ |
| ٤- الجهراء | ٤٧٩ | ٨٦ | ١٨,٠ |
| ٥- الأحمدي | ٨٩٥ | ١٥٨ | ١٧,٧ |
| ٢- النظام التعليمي : | | | |
| ١- ثانوي عام | ٢٠١٤ | ٢٧١ | ١٣,٥ |
| ٢- مقررات | ١٩٨٨ | ٢٣٨ | ١٢,٠ |
| ٣- الصف الدراسي : | | | |
| أولى | ٧٦٦ | ٦٥ | ٨,٥ |
| ثانية | ٨٥٢ | ١١٣ | ١٣,٣ |
| ثالثة أدبي | ٩٠٠ | ١٢٧ | ١٤,٠ |
| ثالثة علمي | ٦٦٨ | ١٠٢ | ١٥,٣ |
| رابعة أدبي | ٤٨٢ | ٦٤ | ١٣,٣ |
| رابعة علمي | ٣٣٤ | ٣٨ | ١١,٤ |

تابع جدول رقم (٤٤)

| المتغيرات / العينة | اجمالي العينة (ن=٤٠٠٢) | متعاطو الكحوليات (ن = ٥٠٩) | |
|---|---|---|---|
| | | العدد | ٪ للصف |
| ٤- الحالة الدراسية : | | | |
| ١-لم يسبق الرسوب | ٢٥١٤ | ٢٧٢ | ١٠,٨ |
| ٢-رسوب مرة واحدة | ٧٨٨ | ١٢٣ | ١٥,٦ |
| ٣-رسوب مرتين | ٣١٧ | ٤٩ | ١٥,٥ |
| ٤-رسوب أكثر من مرتين | ٢٦٤ | ٥٤ | ٢٠,٥ |
| ٥- غير مبين | ١١٩ | ١١ | ٩,٢ |

تشير النتائج المبينة في الجدول رقم (٤٤) إلى مايأتي :

- أن أكثر المحافظات تعاطياً للكحوليات هي الجهراء ، يليها مباشرة الأحمدي ، ثم حولي ، والعاصمة ، والفروانية .
- اتضح أن طلاب الثانوي العام أكثر تعاطياً للكحوليات بالمقارنة بنظام المقررات .
- تبين أن طلاب الصف الثالث علمي هم أكثر الطلاب تعاطياً للكحوليات ، يليهم مباشرة الثالث أدبي ، ثم الصف الثاني ، والرابع أدبي ، والرابع علمي ، ويأتي طلاب الصف الأول في المؤخرة .
- تتزايد حالات التعاطي بشكل جوهري بين الطلاب الراسبين بالمقارنة بغير الراسبين ، كما تتزايد نسب التعاطي بتزايد عدد مرات الرسوب .

## ٢ - الظروف الاجتماعية والأسرية التي تقترن بتعاطي الكحوليات :

جدول رقم (٤٥)

الظروف الاجتماعية والأسرية

المقترنة بتعاطي الكحوليات

| المتغيرات / العينة | اجمالي العينة (ن=٤٠٠٢) | متعاطو الكحوليات (ن = ٥٠٩) العدد | ٪ للصف |
|---|---|---|---|
| ١-السكن : | | | |
| ١-مع الأسرة | ٣٩٣٥ | ٤٩٢ | ١٢,٨ |
| ٢-بعيداً عنها | ٤٧ | ١٥ | ٣١,٩ |
| ٣- غير مبين | ٢٠ | ٢ | ١٠,٠ |
| ٢-مستوى السكن : | | | |
| ١-دخل محدود | ٩٢٧ | ١٣٧ | ١٤,٨ |
| ٢-دخل متوسط | ١٤٧٢ | ١٦١ | ١٠,٩ |
| ٣- فيلا | ١٤٤٩ | ١٩٩ | ١٣,٧ |
| ٤- غير مبين | ١٥٤ | ١٢ | ٧,٨ |
| ٣-وجود الأب على قيد الحياة | | | |
| ١- نعم | ٣٦٤١ | ٤٧٦ | ١٣,١ |
| ٢- لا | ٢٦٨ | ٣٢ | ١٢,٠ |
| ٣- غير مبين | ٩٣ | ١ | ١,١ |
| ٤-أعلى منستوى تعليمي للأب | | | |
| ١-أمي | ٣٧١ | ٥٧ | ١٥,٤ |
| ٢-يقرأ ويكتب | ٤٤٤ | ٦٤ | ١٤,٤ |
| ٣-ابتدائية | ٢١٨ | ٣٦ | ١٦,٥ |
| ٤-متوسطة | ٧٦٣ | ٨٣ | ١٠,٩ |
| ٥-ثانوية | ٨٥٩ | ١٠٠ | ١١,٦ |
| ٦-جامعية | ٨٦٤ | ٩٩ | ١١,٥ |
| ٧-شهادة عليا | ٣٩٢ | ٥٩ | ١٥,١ |
| ٨- غير مبين | ٩١ | ١١ | ١٢,١ |

تابع جدول رقم (٤٥)

| المتغيرات / العينة | اجمالي العينة (ن=٤٠٠٢) | متعاطو الكحوليات (ن = ٥٠٩) | |
|---|---|---|---|
| | | العدد | ٪ للصف |
| ٥-وجود الأم على قيد الحياة : | | | |
| ١-نعم | ٣٨٣٧ | ٤٩٤ | ١٢,٩ |
| ٢-لا | ٦٣ | ١٢ | ١٩,٠ |
| ٣- غير مبين | ١٠٢ | ٣ | ٢,٩ |

بالنظر في الجدول رقم (٤٥) يتضح ما يأتي :

- تتزايد نسبة تعاطي الكحوليات بين الطلاب الذين يعيشون بعيداً عن أسرهم بالمقارنة مع الطلاب الذين يعيشون مع أسرهم .
- تتزايد حالات تعاطي الكحوليات لدى الطلاب من ذوي السكن المحدود ، والذين يسكنون في فيلا ، في حين تنخفض نسبة التعاطي بين الطلاب ذوي السكن المتوسط .
- تبين أيضاً أن نسب تعاطي الكحوليات تتزايد في حالة عدم وجود الأم على قيد الحياة .
- تتزايد نسب تعاطي الطلاب للكحوليات في حالة ما إذا كان مستوى تعليم الأب منخفضاً أو مرتفعاً ، وتقل هذه النسب في المستويات المتوسطة من تعليم الأب .

## ٣ - اقتران المشاركة في الأنشطة الاجتماعية بتعاطي الكحوليات :

جدول رقم (٤٦)

المشاركة في الأنشطة الاجتماعية

لدى المتعاطين للكحوليات وغير المتعاطين

| العينة / المتغيرات | متعاطو الكحوليات ن = ٥٠٩ | | غير المتعاطين ن = ٣٤٠١ | | النسبة الحرجة | مستوى الدلالة |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | عدد | ٪ | عدد | ٪ | | |
| ١ - الاشتراك في أحد النشاطات المدرسية | ١٤١ | ٢٧,٨ | ٨١١ | ٢٣,٨ | ٠,٩٧ | - |
| ٢ - الاشتراك في نشاطات خارج المدرسة | ١٤٥ | ٢٨,٥ | ٦٣١ | ١٨,٦ | ٢,٦٦ | ٠,٠٠٤ |

يتضح من الجدول رقم (٤٦) أن تعاطي الكحوليات يقترن بالاشتراك في نشاطات اجتماعية ، حيث تزايدت نسبة المشتركين في هذه الأنشطة بين من يتعاطون الكحوليات بالمقارنة بغير المتعاطين .

## ٤ - الحالة الصحية للطلاب وتعاطي الكحوليات :

جدول رقم (٤٧)

الحالة الصحية للطلاب في اقترانها

بتعاطي الكحوليات

| العينة / المتغيرات | متعاطو الكحوليات ن = ٥٠٩ | | غير المتعاطين ن = ٣٤٠١ | | النسبة الحرجة | مستوى الدلالة |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | عدد | ٪ | عدد | ٪ | | |
| ١- وجود آلام وأمراض جسمية | ١٣٤ | ٢٦,٣ | ٥٧٣ | ١٦,٨ | ٢,٥٣ | ٠,٠١ |
| ٢- وجود آلام وأمراض نفسية | ١٥٩ | ٣١,٢ | ٥٨١ | ١٧,١ | ٣,٩٧ | ٠,٠٠٠ |

تكشف النتائج المبينة في الجدول رقم (٤٧) أن هناك علاقة واضحة بين تعاطي الكحوليات والإصابة بأمراض جسمية ونفسية ، حيث تزايدت نسبة الإصابة بهذه الأمراض بين المتعاطين للكحوليات بشكل جوهري يفوق غير المتعاطين للكحوليات .

## ب - منشأ تعاطي المواد المؤثرة في الأعصاب لدى المتعاطين للكحوليات وغير المتعاطين

### ١ - مستوى التعرض لثقافة المواد النفسية :

جدول رقم (٤٨)

التعرض لثقافة المواد المؤثرة في الأعصاب

لدى متعاطي الكحوليات وغير المتعاطين

| العينة / المتغيرات | متعاطو الكحوليات ن = ٥٠٩ | | غير المتعاطين للكحوليات ن = ٣٤٠١ | | النسبة الحرجة | مستوى الدلالة |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | عدد | ٪ | عدد | ٪ | | |
| ١- الرؤية المباشرة : | | | | | | |
| - للأدوية | ٢٧٠ | ٥٣,١ | ٦٥٥ | ١٩,٣ | ١٠,٤١ | ٠,٠٠٠ |
| - للمخدرات الطبيعية | ٢١٠ | ٤١,٣ | ٢٩٣ | ٨,٦ | ٨,٨٠ | ٠,٠٠٠ |
| ٢ - وجود أصدقاء يتعاطون : | | | | | | |
| - الأدوية | ١٥٨ | ٣١,٠ | ٣٢٤ | ٩,٥ | ٦,٦٨ | ٠,٠٠٠ |
| - المخدرات الطبيعية | ١٤٣ | ٢٨,١ | ١٨٧ | ٥, ٥ | ٥,٧٦ | ٠,٠٠٠ |
| - الكحوليات | ٢٨٧ | ٥٦,٤ | ٥٠٠ | ١٤,٧ | ١٢,٣٦ | ٠,٠٠٠ |
| ٣- وجود أقارب يتعاطون : | | | | | | |
| - الأدوية | ١٤٩ | ٢٩,٣ | ٤٠٠ | ١١,٨ | ٤,٩٨ | ٠,٠٠٠ |
| - المخدرات الطبيعية | ٨٣ | ١٦,٣ | ١٢٩ | ٣,٨ | ٣,١٩ | ٠,٠٠٠ |
| - الكحوليات | ١٩٣ | ٣٧,٩ | ٣٤٢ | ١٠,١ | ٧,٧٩ | ٠,٠٠٠ |

يتضح من النتائج المبينة في الجدول السابق رقم (٤٨) أن الطلاب المتعاطين للكحوليات أكثر عرضة لرؤية المواد الأخرى المؤثرة في الأعصاب ، وأكثر من حيث وجود أصدقاء أو أقارب يتعاطون المواد المؤثرة في الأعصاب - بالمقارنة بغير المتعاطين للكحوليات .

## ٢ - المعتقدات الشخصية حول تأثير المواد النفسية لدى المتعاطين للكحوليات وغير المتعاطين .

جدول رقم (٤٩)
المعتقدات الخاصة بالمواد المؤثرة في الأعصاب
لدى متعاطي الكحوليات وغير المتعاطين

| العينة / المتغيرات | متعاطو الكحوليات ن = ٥٠٩ | | غير المتعاطين للكحوليات ن = ٣٤٠١ | | النسبة الحرجة | مستوى الدلالة |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | عدد | ٪ | عدد | ٪ | | |
| ١ - المعتقدات حول تأثير الأدوية المهدئة | | | | | | |
| - لها تأثير مفيد | ١١٤ | ٢٢,٣ | ٣٧٥ | ١١,١ | ٣,١٧ | ٠,٠٠٠ |
| - لها تأثير ضار | ٣٢٧ | ٦٤,٢ | ٢٧٠٧ | ٧٩,٦ | ٦,٣١ | ٠,٠٠٠ |
| - لا تأثير لها | ٦٠ | ١١,٨ | ٢٨٣ | ٨,٣ | ٠,٨٨ | - |
| ٢ - المعتقدات حول تأثير الأدوية المنشطة | | | | | | |
| - لها تأثير مفيد | ٨٢ | ١٦,١ | ٢٤٠ | ٧,١ | ٢,٤٧ | ٠,٠١ |
| - لها تأثير ضار | ٣٦٢ | ٧١,١ | ٢٨٤٩ | ٨٣,٨ | ٥,٩١ | ٠,٠٠٠ |
| - لا تأثير لها | ٥٣ | ١٠,٤ | ٢٦١ | ٧,٨ | ٠,٧٠ | - |
| ٣ - المعتقدات حول تأثير الأدوية المنومة | | | | | | |
| - لها تأثير مفيد | ١٣٣ | ٢٦,١ | ٣٨٣ | ١١,٣ | ٤,١٧ | ٠,٠٠٠ |
| - لها تأثير ضار | ٢٩٨ | ٥٨,٢ | ٢٥٢٧ | ٧٤,٣ | ٥,٨٠ | ٠,٠٠٠ |
| - لا تأثير لها | ٧١ | ١٤,٠ | ٤٥٤ | ١٣,٣ | ٠,١٤ | - |
| ٤ - المعتقدات حول تأثير المخدرات الطبيعية | | | | | | |
| - لها تأثير مفيد | ٣٣ | ٦,٥ | ٢٧ | ٠,٨ | ١,١٤ | - |
| - لها تأثير ضار | ٤٤٦ | ٨٧,٦ | ٣٣٢١ | ٩٧,٦ | ١٠,٤٢ | ٠,٠٠٠ |
| - لا تأثير لها | ٢١ | ٤,١ | ٣٧ | ١,١ | ٠,٧٧ | - |

تكشف النتائج الموضحة في الجدول (٤٩) عن أن المتعاطين للكحوليات أكثر اعتقاداً في فائدة تعاطي المواد النفسية الأخرى ، وأقل اعتقاداً في ضرر هذه المواد - بالمقارنة بغير المتعاطين للكحوليات .

## ج - مدى انتشار تعاطي المواد المؤثرة في الأعصاب لدى المتعاطي وغير المتعاطين للكحوليات :

جدول رقم (٥٠)

النسب المئوية لتجريب المواد المؤثرة في الأعصاب

لدى متعاطي الكحوليات وغير المتعاطين

| العينة / المتغيرات | متعاطو الكحوليات ن = ٥٠٩ | | غير المتعاطين للكحوليات ن = ٣٤٠١ | | النسبة الحرجة | مستوى الدلالة |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | عدد | ٪ | عدد | ٪ | | |
| ١ - تدخين الشيشة | ١٨٩ | ٣٧,١ | ٣٠٠ | ٨,٨ | ٧,٨٩ | ٠,٠٠٠ |
| ٢ - تدخين السجائر | ٢١٣ | ٤١,٨ | ٣٦٤ | ١٠,٧ | ٨,٦٧ | ٠,٠٠٠ |
| ٣ - تعاطي الأدوية | ١٩٥ | ٣٨,٣ | ٤١٦ | ١٢,٢ | ٧,٦٥ | ٠,٠٠٠ |
| ٤ - تعاطي المخدرات الطبيعية | ٦٢ | ١٢,٢ | ٢١ | ٠,٦ | ١,٦١ | ٠٠,٠٥ |
| ٥ - تعاطي الهيروين | ٣٣ | ٦,٥ | ٢٨ | ٠,٨ | ١,١٧ | - |

تكشف نتائج الجدول رقم (٥٠) عن أن المتعاطين للكحوليات أكثر تدخيناً للسجائر والشيشة ، وأكثر تعاطياً لكل من الأدوية والمخدرات الطبيعية والهيروين - بالمقارنة بغير المتعاطين للكحوليات ، والفروق بين المجموعتين دالة إحصائياً .

**د - الاتجاه نحو المواد المؤثرة في الأعصاب لدى الطلاب المتعاطين للكحوليات وغير المتعاطين :**

**١ - الاستمرار والتوقف عن تعاطي المواد المؤثرة في الأعصاب .**

تبين أن المتعاطين للكحوليات أكثر استمراراً في تعاطي الأدوية والمخدرات الطبيعية بالمقارنـــة بغير المتعاطين للكحوليات . وهذا ما يوضحه الجدول التالي رقـم(٥١)

جدول رقم (٥١)

الاستمرار والتوقف عن تعاطي المواد المؤثرة في الأعصاب
لدى متعاطي الكحوليات وغير المعاطين

| العينة / الاتجاه نحو التعاطي | متعاطو الكحوليات (ن=٥٠٩) من تعاطي منهم الأدوية (ن=١٦٧) | | غير المتعاطين للكحوليات (ن=٣٤٠١) من تعاطي منهم الأدوية (ن=٢٨٥) | | النسبة الحرجة | مستوى الدلالة | متعاطو الكحوليات (ن=٥٠٩) من تعاطي منهم مخدرات طبيعية (ن=٦٦) | | غير المتعاطين للكحوليات (ن=٣٤٠١) من تعاطي منهم مخدرات طبيعية (ن=٣١) | | النسبة الحرجة | مستوى الدلالة |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | ك | ٪ | ك | ٪ | | | ك | ٪ | ك | ٪ | | |
| ١ - الاستمرار في التعاطي حتى الآن | ٦٧ | ٤٠,١ | ٧١ | ٢٤,٩ | ١,٩١ | ٠,٠٣ | ٣٩ | ٥٩,١ | ١٣ | ٤١,٩ | ١,٠٨ | - |
| ١ - التوقف عن التعاطي | ١٠٠ | ٥٩,٩ | ٢١٤ | ٧٥,١ | ٢,٧٥ | ٠,٠٣ | ٢٧ | ٤٠,٩ | ١٨ | ٥٨,١ | ١,١٣ | - |

## ٢ - الإقدام والإحجام عن تعاطي المواد المؤثرة في الأعصاب لدى المتعاطين للكحوليات وغير المتعاطين .

جدول رقم (٥٢)

نسب الإقدام والإحجام عن تعاطي المواد المؤثرة في الأعصاب

لدى المتعاطين للكحوليات وغير المتعاطين

| العينة / المتغيرات | متعاطو الكحوليات | | غير المتعاطين للكحوليات | | النسبة الحرجة | مستوى الدلالة |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | عدد | ٪ | عدد | ٪ | | |
| ١- الأدوية : | ن= | ٣٩٨ | ن= | ٣٠٠٢ | | |
| إقدام | ٦٨ | ١٧,١ | ١١٠ | ٣,٧ | ٣,٠٦ | ٠,٠٠١ |
| إحجام | ٣٣٠ | ٨٢,٩ | ٢٨٩٢ | ٩٦,٣ | ١٠,١٥ | ٠,٠٠٠ |
| ٢ - المخدرات الطبيعية | ن= | ٤٣٠ | ن= | ٣٠٨١ | | |
| إقدام | ٥٢ | ١٢,١ | ١٠٥ | ٣,٤ | ٢,١٣ | ٠,٠٢ |
| إحجام | ٣٧٨ | ٨٧,٩ | ٢٩٧٦ | ٩٦,٦ | ٧,٧٩ | ٠,٠٠٠ |

تشير النتائج المبينة في الجدول رقم (٥٢) إلى أن الطلاب الذين يتعاطون الكحوليات أكثر أقداماً على تعاطي الأدوية والمخدرات الطبيعية في حالة ما إذا سنحت لهم الفرصة بالمقارنة بغير المتعاطين للكحوليات .

## هـ - المقارنة بين المتعاطين للكحوليات وغير المتعاطين لها في الانحرافات السلوكية :

أظهرت النتائج أن هناك اقتراناً واضحاً بين تعاطي الكحوليات والانحرافات السلوكية ؛ حيث تبين أن المتعاطين للكحوليات أكثر وقوعاً في هذه الانحرافات

بالمقارنة بغير المتعاطين للكحوليات ، وظهر أن أكثر هذه الانحرافات شيوعاً بين متعاطي الكحوليات هي : الغش في الامتحانات ، الشجار مع المدرسين ، الطرد من غرفة الدراسة ، الاعتداء على الزملاء بالضرب ، الهروب من المدرسة .

جدول رقم (٥٣)

العلاقة بين تعاطي الكحوليات

والانحرافات السلوكية لدى طلاب المدارس الثانوية

| العينة / الانحرافات السلوكية | متعاطو الكحوليات (ن = ٥٠٩) | | غير المتعاطين للكحوليات (ن = ٣٤٠١) | | النسبة الحرجة | مستوى الدلالة |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | ك | ٪ | ك | ٪ | | |
| ١ - الشجار مع المدرسين | ٣٥٠ | ٦٨,٨ | ١٤٩٦ | ٤٤,٠ | ٩,١٣ | ٠,٠٠٠ |
| ٣ - الاعتداء على بعض المدرسين بالضرب والإهانة | ٢٧١ | ٥٣,٢ | ٧٥٨ | ٢٢,٣ | ١٠,١٦ | ٠,٠٠٠ |
| ٤ - الفصل من المدرسة لكثرة الغياب | ١٣٦ | ٢٦,٧ | ٢٧٨ | ٨,٣ | ٥,٣٩ | ٠,٠٠٠ |
| ٥ - الطرد من غرفة الدراسة | ١٤٣ | ٢٨,١ | ٣١٩ | ٩,٤ | ٥,٤٦ | ٠,٠٠٠ |
| ٦ - الغش في الامتحانات | ٣١٨ | ٦٢,٥ | ١٠٦٩ | ٣١,٤ | ١٠,٧٣ | ٠,٠٠٠ |
| ٧ - السرقة من الزملاء | ٣٩٣ | ٧٣,٢ | ١٩٦٧ | ٥٧,٨ | ٨,٥٢ | ٠,٠٠٠ |
| | ٩٥ | ١٨,٧ | ٢٥٣ | ٧,٤ | ٣,٢٥ | ٠,٠٠٠ |
| ٨ - الاعتداء على الزملاء بالضرب | ٢٨٠ | ٥٥,٠ | ٨٨١ | ٢٦,٠ | ٩,٦٧ | ٠,٠٠٠ |
| ٩ - الشجار مع الوالدين | ٢١٥ | ٤٢,٢ | ١٠٦٧ | ٣١,٣ | ٣,٤٨ | ٠,٠٠٠ |
| ١٠- الهروب من المنزل | ١٤١ | ٢٧,٧ | ٣٣٥ | ١٠,٠ | ٥,٢٤ | ٠,٠٠٠ |
| ١١- السرقة من المنزل | ٨١ | ١٥,٩ | ١٧٤ | ٥,١ | ٣,٠١ | ٠,٠٠٠ |
| ١٢- مشكلات مع الشرطة | ١٨٣ | ٣٦,٠ | ٣٦٠ | ١٠,٦ | ٧,٤٦ | ٠,٠٠٠ |
| ١٣- السرقة من المحلات | ٧٣ | ١٤,٣ | ١٢٠ | ٣,٥ | ٢,٨٥ | ٠,٠٠٠ |

## الفصل السادس

# مناقشة النتائج والتوصيات

عرضنا في الفصل السابق ، لنتائج هذه الدراسة في ضوء ستة أبعاد أو محاور تناولت : الاتجاه العام لانتشار ظاهرة التعاطي ، والفروق بين الجنسين في تعاطي المواد المؤثرة في الأعصاب ، وتدخين السجائر ، وتعاطي الأدوية بدون إذن طبي ، وتعاطي المخدرات الطبيعية ، وتعاطي الكحوليات . أما مناقشتنا لهذه النتائج فسوف تتركز على محاولة الجمع بين هذه الأبعاد في قاسم مشترك أو نتائج عامة يمكن تفسيرها ومناقشتها في ضوء ما كشفت عنه نتائج البحوث والدراسات السابقة التي أجريت في المجال ، وما يمكن أن تثيره من فروض وبحوث مستقبلية ، وما يمكن أن ينبثق عنها من توصيات لها أهمية عملية وتطبيقية في مجال الوقاية من تعاطي المواد المؤثرة في الأعصاب ، لدى شريحة مهمة من شرائح المجتمع الكويتي هي شريحة طلاب المدارس الثانوية .

## أولاً : الاتجاه العام لمدى انتشار ظاهرة تعاطي المواد المؤثرة في الأعصاب بين طلاب الثانوي في المجتمع الكويتي

١- كشفت نتائج هذه الدراسة عن أن هناك ظاهرة فعلية تتمثل في وجود نسب لا يستهان بها من الطلاب المتعاطين للمواد المؤثرة في الأعصاب ، حيث أوضحت النتائج أن مدى انتشار تعاطي هذه المواد ولو مرة واحدة على سبيل التجريب ، (من أعلاها إلى أدناها ) يأخذ الترتيب التالي :

- تعاطي الأدوية (المهدئة أو المنشطة أو المنومة ) ١٥,٦٪
- تدخين السجائر ١٤,٧٪
- تعاطي الكحوليات ١٢,٧٪
- تدخين الشيشة ١٢,٤٪

- تعاطي المخدرات الطبيعية ( مثل الحشيش والأفيون ) ١,٢٪
- تعاطي مخدرات أخرى غير محددة ٨,١٪
- تعاطي الهيروين ٥,١٪

٢ - تجدر الإشارة إلى أنه على الرغم من أن نسب التعاطي هذه على سبيل التجريب فإن نسباً كبيرة منها استمرت في التعاطي ولم تتوقف ، وذلك على النحو التالي :

- تعاطي الأدوية ٣٠,٧٤٪
- المخدرات الطبيعية ٦٣,٨٦٪
- الكحوليات ٣١,٨٧٪

تتفق هذه النتائج في بعض جوانبها مع ما سبق أن كشفت عنه الدراسات المسحية السابقة سواء المحلية التي أجريت في المجتمع الكويتي على طلاب الثانوي (إدارة الخدمات النفسية والاجتماعية ، ١٩٩٨) ، أو طلاب الجامعة (عبد اللطيف خليفة ، عويد المشعان ، ١٩٩٩) ، أو الدراسات العربية التي أجريت في المجتمع المصري على سبيل المثال ( انظر :مصطفى سويف ، وآخرون ، ١٩٨٧ ؛ مصطفى سويف ، ١٩٩٠ «ب» ) وهي نتائج في مجملها تنذر بالخطر إلى أقصى درجة لسببين رئيسيين : أولهما تزايد نسب التعاطي بشكل ملحوظ ، خاصة في حالات التدخين وتعاطي كل من الأدوية والكحوليات . أما السبب الثاني والأهم فيتمثل في تزايد نسب المستمرين بشكل جوهري ، وهذا يستوجب من الجهات المعنية ، مزيداً من العناية والتنبيه بخطورة الأمر وكيفية مواجهة المشكلة سعياً نحو الحد من تفاقمها في المستقبل القريب .

كما تكشف هذه النتائج عن حقيقة أخرى في غاية الأهمية ، وهي تدخين السجائر ، حيث لا يمكن إغفالها عند الحديث عن تعاطي المواد النفسية ، أو إدمانها والاعتماد عليها ، كما أن تدخين الطباق يقوم في حالات كثيرة مقام الخطوة التمهيدية للإقدام على تعاطي مواد نفسية أخرى (Souif et al.,1985) والتدخين بين طلاب الثانوي - كما كشفت النتائج - ليس قاصراً على السجائر ، بل يمتد ليشمل تدخين الشيشة ( أو الجوزة ) بنسبة أقل ، ولكنها قريبة جداً من تدخين السجائر .

وبوجه عام فإن نسب انتشار التعاطي على سبيل التجريب تشير إلى أن هناك ظاهرة أو مشكلة تستحق مزيداً من البحث والدراسة ، خاصة بعد أن تبين أن هناك نسبة كبيرة من هؤلاء المجربين يستمرون في التعاطي بعد ذلك دون توقف .

وتتفق هذه النتائج مع ما كشفت عنه دراسة سابقة عن تعاطي المخدرات لدى طلاب جامعة الكويت ( عبد اللطيف خليفة ، عويد المشعان ، ١٩٩٩ ) حيث تبين أن أكثر المواد النفسية التي أقر طلاب الجامعة بتعاطيها على سبيل التجربة هي الكحوليات ، ثم تدخين السجائر ثم تعاطي الأدوية ( بدون إذن طبي ) ، ثم المخدرات الطبيعية ( كالحشيش أو الأفيون ) ، وجاء انتشار الهيروين في مؤخرة القائمة . كما تتفق إلى حد كبير مع ما كشفت عنه نتائج الدراسات السابقة التي قام بها البرنامج الدائم لبحوث تعاطي المخدرات بالمركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية بالقاهرة . (انظر منها : مصطفى سويف وآخرون ، ١٩٨٧ ؛ Soueif et al., 1986 ؛ عبد الحليم محمود السيد وآخرون ، ١٩٩١) كما تلتقي هذه النتائج مع ما أسفرت عنه الدراسة التي أجريت عن انتشار تعاطي المخدرات بين طلاب المدارس الثانوية من

الكويتيين ( إدارة الخدمات الاجتماعية والنفسية ، ١٩٩٨ ) .

٣ - أوضحت نتائج الدراسة الحالية أن المدى العمري عند بدء التدخين وتعاطي المواد المؤثرة في الأعصاب ( الأدوية - الكحوليات - المخدرات الطبيعية ) يتراوح بين ١٥ - ١٧ سنة ، وأن العمر المنوالي لبدء التدخين وتعاطي الأدوية هو ١٥ سنة ، والكحوليات ١٦ سنة ، والمخدرات الطبيعية ١٧ سنة .

وهذه النتائج لها عدة دلالات ومعان ، من أهمها أن بداية التدخين والتعاطي غالباً ما تكون في نهاية المرحلة المتوسطة من التعليم وبداية المرحلة الثانوية بدولة الكويت . أيضاً تعكس هذه النتائج حقيقة مهمة أخرى أكدتها البحوث والدراسات المسحية السابقة التي أجريت في العديد من المجتمعات العربية والأجنبية ، وهي أن التدخين يعد فعلاً المقدمة أو البوابة الرئيسية للدخول في عالم الإدمان وتعاطي المخدرات (مصطفى سويف ، ١٩٩٠ «ب» ؛ Odgers et al., 1996 ; Valazquez et al;, 1992) ، ولذلك فإن الجهود الوقائية المبكرة للطلاب بدءاً من المرحلة المتوسطة تعد في غاية الأهمية للحد من ظاهرة تدخين السجائر ، ومن ثم التقليل من نسب تعاطي المواد النفسية الأخرى بين جمهور الطلاب .

وجهود الوقاية التي نوصي بها في هذا الشأن ليست ترفاً ، ولكنها آتت ثمارها ، كما كشفت الدراسات السابقة ، ففي دراسة قام بها «سمارت وآخرون» (Smart et al., 1985) عن التعاطي في سنوات مختلفة ، تبين أن انخفاض نسب تعاطي بعض المواد المؤثرة في الأعصاب لدى الطلاب في أعمار تتراوح بين ١٢ - ١٨ سنة ، يرجع إلى عدة عوامل من أهمها : تقدم وسائل التربية والإعلام وتركيزها على خطورة هذه المواد ، ومن ثم تزايد وعي الطلاب بها . كما أرجع جونستون

وآخرون (١٩٨٨) انخفاض التعاطي بين الطلاب في عام ١٩٨٠ عن عام ١٩٧٥ إلى حدوث تغيرات جوهرية في معتقدات هؤلاء الطلاب واتجاهاتهم نحو التعاطي ، ومن ثم سلوكياتهم وتصرفاتهم مع هذه المواد .

وتغيير اتجاه الفرد يعتمد على إعادة تنظيم بنائه المعرفي ، وخلق نوع من التنافر بين معارفه وإيجاد حالة معتدلة من التوتر يمكن أن تؤدي به إلى إعادة النظر في المسألة ، وذلك عن طريق الإقناع وليس الترهيب ( عبداللطيف خليفة ، ١٩٩٢ ) ، وقد كشفت الدراسات المصرية في هذا الشأن عن انخفاض نسب تعاطي المواد النفسية عام ١٩٨٦ مقارنة بعام ١٩٧٨ ، وارتبط هذا الانخفاض بتزايد الاعتقاد في أضرار هذه المواد ومخاطرها ، والحملات الإعلامية والتربوية المكثفة التي تمت عام ١٩٨٦ ، وذلك من خلال تحليل المضمون لثلاث من الصحف المصرية ، حيث كان هناك اهتمام ملحوظ بظاهرة التعاطي عام ١٩٨٦ ، في حين لا يوجد شيء يستحق الذكر حول هذا الموضوع في عام ١٩٧٨ ( عبد اللطيف خليفة ، ١٩٩٢ ) .

٤ - التقبل الإيجابي في مقابل التقبل السلبي بين المجربين من طلاب الثانوي فى أثناء خبرتهم الأولى مع تعاطي المواد المؤثرة في الأعصاب :

والمقصود «بالإيجابية» هنا اعتراف المتعاطي بأنه هو نفسه كان له دور إيجابي قبل البدء الفعلي للتعاطي ، بمعنى أنه مثلاً كان لديه نوع من حب الاستطلاع يدفعه دفعاً إلى ارتياد هذه الخبرة لاستكشاف حقيقتها ، أو أنه كانت لديه الرغبة في معاندة الكبار بأي شكل من الأشكال بما في ذلك خوض خبرة التعاطي . . . إلخ ، المهم أنه هو نفسه كان يسعى ويتلمس الأسباب لاستكشاف تعاطي هذه المادة أو تلك من المواد النفسية . أما مصطلح «السلبية» فالمقصود به شعور المتعاطي بأنه بدأ مسيرته في

طريق التعاطي تحت ضغط من الآخرين المحيطين به ، أيا كانت طبيعة هذا الضغط بالترغيب أو بالترهيب والتهديد (مصطفى سويف ، ١٩٩٦ ، ص ٧٢) .

وفي هذا الجانب كشفت الدراسة الحالية عن أن غالبية المتاطين بدأوا مسيرتهم بداية سلبية ، أي : تحت ضغوط من الآخرين المحيطين بهم . وهي نتيجة تتفق مع ما توصل إليه العديد من البحوث العربية والعالمية (انظر : Souif et., al, 1982"A","b" ; عبد الحليم محمود السيد وآخرون ، ١٩٩١ ؛ سامر رضوان ، ١٩٩٢ ؛ جونسون وآخرون ، ١٩٨٨ ؛ Thomas 1996, Cullen et al ,1999 ; Daughton et al.,1997 وبوجه عام ، فإنه في الإقدام على تعاطي أي مادة من المواد المؤثرة في الأعصاب ، هناك دائماً الأفراد الإيجابيون الذين سعوا بأنفسهم وتلمسوا الطريق إلى الفرص السانحة . وهناك أيضاً السلبيون الذين اقترن تعاطيهم بالاستجابة لأنواع مختلفة من ضغوط الآخرين ، والسلبيون هم الغالبية دائماً ، أي أن ضغوط الآخرين هي العنصر الفاعل في الدافع إلى التعاطي في معظم الأحوال .

إذاً فنحن أمام نوعين من الأشخاص ، الأول : الأشخاص الايجابيون الذين قاموا بمجهود وسعوا إلى الدخول في التجربة . أما الثاني فهم الأشخاص الذين وقعوا تحت تأثير الضغط والإغراء من قبل الآخرين ، وهم الأشخاص السلبيون ، ويحتمل أن يكون الأشخاص الايجابيون هم الذين يظهر بينهم «المتعاطون المنعزلون» Lone Users ، بينما السلبيون هم الذين يفرزون «المتعاطين الاجتماعيين» Social Users فيما بعد (مصطفى سويف ، وآخرون ، ١٩٨٧) .

## ثانياً : الفروق بين طلبة وطالبات الثانوي حول تعاطي المواد المؤثرة في الأعصاب

أسفرت الدراسات عن عدة نتائج مهمة في مجال الفروق بين الجنسين من طلاب الثانوي حول قضية تعاطي المواد النفسية ، ومن هذه النتائج ما يأتي :

١ - هنا فروق جوهرية تشير إلى تزايد تعرض الذكور لثقافة المواد النفسية بالمقارنة بالإناث ، حيث تزداد الرؤية المباشرة لهذه المواد ، كما يزداد وجود أقارب وأصدقاء يتعاطون هذه المواد - لدى جمهور الطلبة الذكور عن جمهور الطالبات .

وتتفق هذه النتيجة مع نتيجة أخرى تم التوصل إليها في دراسة سابقة حول تعاطي المواد المؤثرة في الأعصاب بين طلاب الجامعة ، حيث أوضحت نتائجها أن الطلبة الذكور أكثر تعرضاً لثقافة المواد النفسية عن طريق السماع والرؤية المباشرة والخبرة الفعلية ، لديهم نماذج من الأصدقاء والزملاء يتعاطون - بالمقارنة بالطالبات (عبد اللطيف خليفة ، عويد المشعان ، ١٩٩٩) كما كشفت دراسة نسترويم (Nystroem, 1992) عن تعاطي الكحوليات بين طلاب الجامعة ، عن تزايد واضح في الخبرات المتوافرة لدى الذكور عن الكحوليات بالمقارنة بالإناث ، وأن هذه الخبرات التي يمتلكها الذكور تتسم بالإيجابية نحو تعاطي الكحوليات بالمقارنة بالإناث .

٢ - أوضحت النتائج أن هناك فروقاً جوهرية في المعتقدات الشخصية حول تعاطي هذه المواد النفسية ، فقد تبين أن نسق معتقدات الذكور يتمثل في تزايد الاعتقاد

في فـائدة هذه المواد والتـقليل من مخـاطرها ، في حين يتسم نسق مـعتـقـدات الإناث بتزايد الاعتقاد في ضررها عن فائدتها .

ويقصـد بنسق المعتقدات Belief System :مجموعة التصورات والمعارف التي توجد لدى الشـخص عن موضوع ما أو قضية معينة (معتز عبد الله ، عبد اللطيف خليفـة ، ١٩٩٢) . فنسق مـعتـقـدات الفـرد حـول المواد النفـسيـة هو مجموعة التصـورات والمعارف التي يمتلكها حول هذه المواد من حيث طبيعتها وأسبابها والنتـائج المترتبة عليها ، وقد ركـزت دراستنا الحالية على هذا الجانب الأخير والخاص بالنتائج والآثار الناجمة عن تعاطي المواد المؤثرة في الأعصاب - كما يراها الطلبة والطالبات بالمدارس الثانوية ، وهذه المعتقدات هي التي تشكل الجـانب المعـرفي الـذي يحـدد اتجـاه هؤلاء الطلاب وسـلوكـهم نحـو مـوضـوع المخدرات ، ونظراً لوجود فـروق بين الجنسين في معتقداتهم حول المخدرات تتمثل كما سبق أن أوضحنا في تزايد إدراك الذكـور لفائدة المخدرات بـالمقارنة بالإنـاث ، نظراً لذلك فقد تزايدت نسب تعاطي هذه المخدرات بين الذكور مقارنة بالإناث .

٣ - كشفت نتائج هذه الدراسة أيضاً عن وجـود فروق جوهرية تشير إلى تزايد نسب التدخين وتعـاطي مختلف المواد النفسية لدى الطلبة مقارنة بالطالبات ، وعلى الرغم من تزايد التعاطي لدى الذكور بالمقارنة بالإناث فإن هناك نسبة لا يستهان بها من الطالبات ممن يدخن الشيشـة ، ويتعـاطين الأدوية والكحوليـات ، مما يعني أن المشكلة ليست ذكـورية فقط ، ولكنهـا تمتد لتشمـل الطلاب من الجنسين ذكوراً وإناثا .

وتتفق هذه النتائج مع ما كشفت عنه البحوث والدراسات السابقة - سواء المحلية

أو العالمية ، ففي دراسة سابقة قام بها عبد اللطيف خليفة ، عويد المشعان (١٩٩٩) عن تعاطي المواد المؤثرة في الأعصاب بين طلاب الجامعة تبين وجود فروق جوهرية تشير إلى تزايد تعاطي المخدرات الطبيعية ، والكحوليات ، والهيروين ، وتدخين السجائر لدى الذكور بالمقارنة بالإناث . فنسبة انتشار تعاطي الكحوليات على سبيل التجريب مثلاً ٩ , ٢١٪ بين الذكور ، ٦ , ٥ ٪ لدى الإناث ، وتدخين السجائر ٧ , ٢٣ ٪ بين الذكور ، و ٩ , ٢ ٪ بين الإناث من طلاب الجامعة .

ويقترب من هذه النتائج ما توصل إليه «وادا وفوكي» في دراستهما المسحية عن معدل انتشار التبغ بين عينة من المراهقين اليابانيين قوامها ٥٢٤٠ طالباً وطالبة ، تراوحت أعمارهم ، بين ١٢ - ١٥ سنة . وأوضحت النتائج أن ٥ , ٣٠ ٪ من الذكور ، ٣ , ١٣ ٪ من الإناث قد مروا بخبرة التدخين في حياتهم ( Wada & Fukui; 1993 ) .

كما توصل فالزكويز وآخرون (Valzquez et al ., 1992) من دراستهم التي تناولت معدلات انتشار تعاطي التبغ بين الطلاب في عدد من المدارس الثانوية بالمكسيك ، إلى أن نسبة التدخين بين الذكور تفوق مثيلاتها بين الإناث ، فقد وصلت هذه النسبة لدى الذكور ٤٨ , ٢٠ ٪ في مقابل ٤ , ١٧٪ لدى الإناث .

وبوجه عام فإن ظاهرة تزايد تعاطي الذكور عن الإناث للمواد المؤثرة في الأعصاب ليست ظاهرة كويتية أو عربية فقط ، ولكنها تمتد لتشمل جميع المجتمعات العربية والأجنبية ، مما يؤكد وجود مناخ عام نفسي واجتماعي يهيئ ظروف التعاطي ، ويشجع على الإقدام عليه بالنسبة للذكور .

٤ - أظهرت النتائج أن غالبية الطلاب ( ذكوراً وإناثاً ) وقعوا تحت تأثير ضغوط فعلية عند البدء في التعاطي ، ومع ذلك فقد تبين أن هناك فروقاً جوهرية مؤداها أن الذكور كان لهم دور إيجابي أكبر ، وأكثر سعياً في الحصول على الكحوليات ، في حين كان للإناث دور إيجابي في حالة الأدوية والمخدرات الطبيعية . وبوجه عام ، فإنه عند الإقدام على تعاطي المواد النفسية ، نجد أن هناك بعض الأشخاص السلبيين الذين اقترن تعاطيهم بالاستجابة إلى ضغوط الآخرين ، كما أن هناك الأشخاص الإيجابيين الذين سعوا بأنفسهم للحصول على هذه المواد .

٥ - وعند سؤال غير المتعاطين للمواد النفسية عن رغبتهم في التعاطي إذا سنحت لهم الفرصة تبين أن الذكور أكثر استعداداً للإقدام على تعاطي مختلف المواد النفسية بالمقارنة بالإناث ، ولعل هذا يرجع إلى عدة عوامل من أهمها وجود أيديولوجية ونسق من المعتقدات لدى الذكور يشجع على الإقدام على تعاطي هذه المواد إذا سنحت الفرصة ، كما يرجع أيضاً إلى المناخ وطبيعة ونمط الحياة الاجتماعية التي يعيشها الذكور ، وتختلف بالطبع في العديد من جوانبها عن حياة الإناث والقيود المفروضة عليهن ، وحرصهن على الانصياع قدر الإمكان .

## ثالثاً : المتغيرات الشخصية والاجتماعية المقترنة بتعاطي المواد المؤثرة في الأعصاب

أسفرت نتائج هذه الدراسة عن عدة متغيرات شخصية واجتماعية ترتبط بتعاطي المواد المؤثرة في الأعصاب ، نعرض لها على النحو التالي :

### أ - المتغيرات الديموجرافية التي تقترن بتعاطي المواد النفسية

**١ - فيما يتعلق بالتعاطي في علاقته بالمناطق التعليمية ، فقد أوضحت النتائج ما يأتي :-**

- بخصوص تدخين السجائر : تبين أن منطقتي الجهراء والأحمدي احتلتا مكان الصدارة في الترتيب ، ثم جاء بعدهما كل من حولي ، والفروانية ، والعاصمة .
- بخصوص تعاطي الأدوية : تبين أن حولي وقعت في صدارة الترتيب ، ثم جاء بعدها كل من الأحمدى ، والجهراء ، والفروانية ، والعاصمة .
- بالنسبة لتعاطي المخدرات الطبيعية : اتضح أن منطقة الأحمدى احتلت المرتبة الأولى ، ثم تلاها مباشرة كل من الجهراء ، ثم العاصمة وحولى بنفس النسبة ، ثم الفروانية .
- فيما يتعلق بتعاطي الكحوليات : وقعت الجهراء على رأس القائمة ، ثم جاء بعدها بالترتيب كل من الأحمدى ، وحولي ، والعاصمة ، والفروانية .

٢ - **بالنسبة لنظام التعليم** ، كشفت النتائج عن تزايد نسب تدخين السجائر و الشيشة ، وتعاطي المخدرات الطبيعية ، وتعاطي الكحوليات بين طلاب الثانوي العام عن نظام المقررات ، حيث يتزايد تعاطي الأدوية بدون إذن طبي بين طلاب

نظام المقررات عن نظام الثانوي العام . وهي نتيجة تحتاج إلى مزيد من البحث والدراسة للوقوف على أسبابها والعوامل التي أدت إلى تفاقم مشكلة التعاطي بين طلاب الثانوي العام عن طلاب المقررات .

٣ - **الصف الدراسي** : على الرغم من أنه لا توجد علاقة واضحة بين تعاطي المواد النفسية والصف الدراسي فإن النتائج أظهرت أن أكثر الصفوف تعاطياً لهذه المواد وأكثر تدخيناً للسجائر هما الصف الثالث علمي ، والثالث أدبي ، بينما كان الصف الرابع علمي هو أقلها جميعاً . وتتفق هذه النتيجة في جزء منها مع نتائج الدراسات السابقة التي أجريت في إطار المجتمع المصري ، وكشفت عن تزايد التعاطي بين طلاب القسم الأدبي (من الصفين الثاني والثالث) ، يليهم طلاب القسم العلمي (من الصفين الثاني والثالث) ، ثم أقلهم تعاطياً طلاب الصف الأول الثانوي ( Soueif et al., 1982 ؛ عبد الحليم محمود السيد وآخرون ، ١٩٩١ ؛ عبد اللطيف خليفة ، ١٩٨٨) ، أما الاختلاف بين نتائج الدراسة الحالية ونتائج الدراسات السابقة ، فيتمثل في حصول طلاب الصف الثالث علمي على نسب مرتفعة ، وتصدرهم قائمة تعاطي المواد النفسية .

٤ - **الحالة الدراسية** : أسفرت نتائج الدراسة عن اقتران سلبي بين التعاطي والحالة الدراسية للطالب أو مستوى تحصيله ، فقد تبين تزايد التدخين وتعاطي مختلف المواد النفسية بين الراسبين عموماً ، وبين الراسبين عدة مرات خصوصاً ، وحول علاقة التعاطي بنسبة التحصيل الدراسي ، قارن عبدالحليم محمود السيد وآخرون ( ١٩٩١ ) في دراستهم لطلاب الثانوي ، بين أعلى ١٠٪ تحصيلاً من الطلاب ، وأدنى ١٠٪ تحصيلاً من نفس العينة ، وأوضحت النتائج أن الأمر

يختلف من مادة نفسية إلى الأخرى ، ففي حالة التدخين مثلاً ، كانت المجموعة المتفوقة تحصلياً أقل بدرجة واضحة الدلالة في التدخين .أما في حالتي الأدوية والكحوليات فلا توجد فروق جوهرية بين المجموعتين الأعلى والأدنى تحصيلاً .

وفي مجال تعاطي المخدرات الطبيعية أوضح محمد نجيب الصبوه ( ١٩٩١) أن مجموع الفائقين من طلاب الثانوي كانوا أكثر تعاطياً للمواد المخدرة ، وأكثر جرأة في تجريب تعاطيها من التلاميذ غير الفائقين ، وهي نتيجة تدعو للتأمل ومزيد من الاهتمام بها ودراستها للوقوف على أبعادها وأسبابها ؛ نظراً لما تمثله من خطورة على قدرات هؤلاء الطلاب الفائقين .

### ب- الظروف الاجتماعية والأسرية التي تقترن بتعاطي المواد النفسية

**١- بخصوص الإقامة مع الأسرة** :كشفت نتائج الدراسة عن تزايد التدخين وتعاطي كل من الأدوية والمخدرات الطبيعية والكحوليات بين الطلاب الذين يعيشون بعيداً عن أسرهم بالمقارنة بهؤلاء الطلاب الذين يعيشون مع أسرهم . وتتفق هذه النتيجة مع نتائج الدراسات العربية والأجنبية ، فقد توصل سويف وآخرون (Souif et al., 1982 "A", "B") إلى ارتفاع نسب تعاطي المواد النفسية في حالة وجود الطالب بعيداً عن أسرته ، كما توصل جونستون وآخرون (١٩٨٨)إلى ارتفاع نسب التعاطي اليومي بين الطلاب الذين يعيشون بعيداً عن منازلهم .

**٢- مستوى السكن** :وفي ضوء تقسيم هذا المستوي الى ثلاث فئات :دخل محدود ، ودخل متوسط ، وفيلا ، أوضحت النتائج تزايد تعاطي المواد المؤثرة

في الأعـصـاب في كل مـن المسـتـويين : الأدنى والأعلى ، بـالمقـارنة بالمسـتـوي المتوسط . ويبـدو أن ارتفاع المستوي الاقتصـادي له تأثير سلبي مثل انخفاض هذا المسـتـوي ؛ نظـرا لكونهـمـا يؤديان إلى تزايد احتـمـالات تعـاطي المواد المؤثرة فى الأعصاب .

٣ - **بخصـوص وجود الأب والأم على قيد الحيـاة** : كـشفت النتـائج عن عـدم وجود اتجاه واضح للعلاقة بين هذا المتغير وتعـاطي المواد المؤثرة في الأعـصـاب ، وتتعـارض هذه النتيـجة مع نتـائج الدراسات السـابقة التي أوضحت ارتفـاع نسب التعـاطي في حـالة وفـاة الأب أو الأم أو كليـهـمـا ،وأن غيـابهـمـا يعـد من الشـروط الدافعة إلى تعاطي المواد النفسية والاعتماد عليها (عبد السلام الشيخ ،١٩٨٨ ؛ . Soueif , et al., 1985 "A" "B"; Bachman et al., 1984,

٤ - **مـسـتـوى التـعليم** : أوضـحت النتائج تزايد تعاطي المـواد المؤثرة في الأعصـاب بين الطلاب في المسـتـويين : الأدنى والأعلى من تعليم الأب بالمقـارنة بالمستـوي المتـوسط . وتتـسق هذه النتيـجة بشكل عـام مع مـستـوى السكن ،فـحيث يرتفع المستوى الثقافي والاقتصادي أو ينخفض تزداد احتـمالات التعاطي ،ويبـدو أن هناك تشـابهاً بين الظروف التي يعيشهـا الطلاب في المجمـوعتين من حيث كونهـا ظروفاً مهيئة للتعاطي .

### ج - اقـتـران المشـاركـة في الأنشطة الاجـتـمـاعـيـة بتـعـاطي المـواد المؤثرة في الأعصـاب

كـشـفت النتـائج عـن أن هناك اقـتـراناً إيجـابيـاً بين المشـاركـة في النشـاطات

الاجتماعية خارج المدرسة والتدخين ، وتعاطي جميع المواد المؤثرة في الأعصاب ، فقد تبين أن الطلاب المتعاطين أكثر مشاركة في هذه الأنشطة بالمقارنة بالطلاب غير المتعاطين . وتتفق هذه النتيجة مع ما تم التوصل إليه في دراسات مصرية علي عينات من طلاب الثانوي ؛ حيث تبين أن هناك اقتراناً إيجابياً بين المشاركة في الأنشطة الاجتماعية وتدخين الطلاب للسجائر (معتز عبد الله ،١٩٩١) كما يزداد تعاطي المخدرات الطبيعية بين طلاب الثانوي الذين يشتركون في النوادي والنشاط المدرسي ، وفي حالة عدم وجود هوايات جادة من أي نوع سواء أكانت أدبية أم فنية أم رياضية أم ثقافية ... إلخ (محمد نجيب الصبوة ، ١٩٩١) .

### د- اقتران الحالة الصحية للطلاب بتعاطي المواد المؤثرة في الأعصاب

أظهرت النتائج وجود اقتران إيجابي جوهري بين التعاطي والإصابة بالآلام والأمراض الجسمية والنفسية .فقد تزايدت نسبة الإصابة بهذه الأمراض بين جمهور الطلاب المتعاطين للمواد النفسية بالمقارنة بغير المتعاطين ، مما يجعلنا نفترض وبطريقة مشروعة أن الوقاية والعلاج وكل ما يقدم لهؤلاء الطلاب من خدمات صحية ،جسمية كانت أو نفسية أو كلتيهما من قبل الجهات الصحية المسئولة لا زالت دون المستوي المطلوب ، ومن ثم فالتوصية المباشرة في هذا الشأن هي ضرورة الاهتمام والارتفاع بمستوى عيادات الصحة المدرسية وتوعية التلاميذ ضد التعاطي بجميع أشكاله وأنواعه وبيان مدى خطورته عليهم .

وتتسق هذه النتيجة مع كثير من الدراسات السابقة التي أجريت علي المستويين : المحلي (فيصل يونس وآخرون ،١٩٨٧ ؛خالد بدر ،١٩٩١) والعالمي

(جونستون وآخرون ،١٩٨٨ ، ١٩٧٤ ، Deleoa) والاقتران بين التعاطي والإصابة بالأمراض الجسمية أو النفسية ليس اقتراناً سببيا ، فالاقتران أو الارتباط السببي لا يمكن أن تكشف عنه إلا دراسة تجريبية أو تحكمية ، ومن ثم لا يمكننا النظر إلى التعاطي على أنه المتغير المستقل الوحيد الذي أدى إلى إصابة الطلاب بهذه الأمراض ، فالعكس قد يكون صحيحاً . كما لا يمكن النظر إلى المتغير المستقل الذي شكل بمفرده الدافع الوحيد إلى التعاطي وتحتم علينا النظرية العلمية الصائبة أن نفرض وجود نوع ثالث من المتغيرات الوسيطة أو المعدلة (Moderator Variables) قد تكون سبباً في وجود مثل هذا الاقتران المنتظم بين التعاطي والمرض ، ومن هذه المتغيرات ،المتغيرات الاجتماعية والفيزيقية والفسيولوجية التي تهيئ للمرض ، وتزيد في الوقت نفسه من احتمالات التعاطي . وهناك أيضاً عدد آخر من المتغيرات الوسيطة مثل فترة المراهقة من حيث كونها مرحلة ارتقائية ،أهم ما يميزها كثرة التقلبات والتغيرات البيولوجية والفسيولوجية والمزاجية ،وتنضج فيها معظم جوانب الشخصية ، وهي عندما تنضج تصطدم بكثير من القيم والمعايير الاجتماعية سواء في محيط الأسرة حيث السلطة الوالدية ، أو في محيط الأقران والأصدقاء والزملاء ، وكلها تمثل مواقف مشقة أو إجهاد يمكن أن تهيئ للتعاطى وللإصابة بالمرض معا ، لا سيما إذا كان الطالب من طراز الجماعات المستهدفة للمرض الجسمي أو النفسي ، أو للتعاطي ولو على سبيل التجريب أو حب استطلاع . ويضاف إلى كل ما سبق المتغيرات المرتبطة بأحداث الحياة الصدمية ، وتدهور قيمة العلم والهوايات غير الجادة ، وتدهور القيم الثقافية عموماً مع مواكبة ذلك للتقدم التكنولوجي (محمد الصبوة ،١٩٩١) .

## رابعاً : المقارنة بين المتعاطين لمادة ما وغير المتعاطين من حيث منشأ تعاطي المواد الأخرى المؤثرة في الأعصاب بوجه عام

### أ - بالنسبة لمستويات التعرض المعرفي لثقافة المواد :

أوضحت نتائج هذه الدراسة أن المتعاطين لأي مادة من هذه المواد أكثر رؤية وتعرضاً لثقافة المواد الأخرى ، كما أن لديهم أصدقاء وأقارب يتعاطون -بالمقارنة بغير المتعاطين ، فقد تبين أن الطلاب المدخنين - على سبيل المثال - أكثر رؤية وتعرضاً لثقافة الأدوية والمخدرات الطبيعية والكحوليات ، ولديهم أصدقاء يتعاطون هذه المواد بالمقارنة بغير المتعاطين .

لقد كشفت نتائج هذه الدراسة عن اقتران إيجابي بين تعاطي المخدرات بجميع أنواعها وخبرة التعرض لثقافة هذه المخدرات ومستواها بصفة عامة . وتمثلت مستويات التعرض المعرفي في ثلاثة عناصر تقع علي تدرج متصل يمتد من الرؤية المباشرة ، ثم وجود أصدقاء يتعاطون ،يلي ذلك وجود أقارب يتعاطون . وكشفت النتائج أيضا عن تفوق جمهور المتعاطين من الطلاب بأن لديهم نسباً أعلى من الأصدقاء والأقارب ممن يتعاطون المخدرات - بالمقارنة بالطلاب غير المتعاطين ، وتتسق هذه النتائج مع ما سبق أن توصلت إليه الدراسات السابقة ،من أنه مع المزيد من التعرض لثقافة المواد المخدرة تزداد احتمالية أن يقدم الشخص علي التعاطى (Kandel et al., 1978) ، وتشير نتائج الدراسات التي أجريت في إطار نظرية التعلم الاجتماعي إلى أهمية الخبرات المباشرة التي يمكن أن تكتسب في ضوء التعلم بالمشاهدة أو العبرة من خلال عملية المحاكاة أو التوحد مع سلوك المحيطين بالفرد

(Bandura & Walters, 1963) وفي هذا المجال يتأكد دور الجماعة السيكولوجية من الأصدقاء في تزويد أقرانهم بالمعلومات والمعارف ، مما يحرك الصور الخيالية التي تدور في أذهانهم عن المخدرات كما يثيرون الدافع لحب الاستطلاع والفضول للتجريب ، مما يوقعهم في النهاية في براثن التعاطي والاعتماد على هذه المخدرات .

**ب – المعتقدات الشخصية حول تأثير المواد النفسية :**

تعد المعتقدات من الأمور أو المصادر المهمة التي تلقي الضوء على منشأ تعاطي المواد النفسية والأفكار الشائعة حول هذه المواد والظروف النفسية والاجتماعية المرتبطة بتعاطيها ، وفي هذا المجال يشير مصطفي سويف (١٩٧٩) إلى ما يعرف بأيدلوجية الحشيش من حيث كونه مخدراً – بأنها مجموع الاعتقادات التي يرجح أنها توجه المتعاطين وغير المتعاطين نحوه ، وتبرر لهم مواقفهم أو تصرفاتهم تجاه عدد من المسائل المتصلة بهذا المخدر . أما المعتقد فيعرفه كريتش وكريتشفيلد (Krech& Crutchfield,1948) بأنه تنظيم مستقر للإدراكات والمعارف المتصلة ببعض جوانب العالم الخاص بالفرد ، أوهي نمط المعاني لشيء ما أو مجموعة المعارف التي تتصل بهذا الشيء . ويستخدم مصطلح المعتقد علي أنه يتسع ليشمل المعرفة والرأي والإيمان . وفي هذا المجال أوضحت نتائج دراستها أن هناك نسقاً من المعتقدات وأيدلوجية توجه الطلاب من المتعاطين وغير المتعاطين نحو القضايا الخاصة بتعاطي المواد النفسية ، فقد أسفرت النتائج عن أن الطلاب المتعاطين لأي مادة من المواد النفسية أكثر اعتقاداً في فائدتها وفائدة المواد الأخرى ، بالمقارنة بغير المتعاطين . فالمتعاطون أكثر اعتقاداً في الفائدة ، وأقل اعتقاداً في الضرر الناجم عن تعاطي هذه المواد ، وهذا هو النسق الذي يستندون إليه في اتجاههم وسلوكهم نحو

التعاطي ، كي يسوغوا ما يفعلونه ، ويقتنعون -لو ظاهريا -بأهمية ما يقعون فيه من مشكلات ومخاطر .

لقد كانت هذه النتائج الخاصة بالمعتقدات الشائعة حول تأثير المواد النفسية متوقعة ومتفقة مع العديد من الدراسات والبحوث السابقة في هذا الشأن (مصطفى سويف وآخرون ، ١٩٨٧ ؛ Barnea et al.;1992) إلا أن الشيء غير المتوقع هو أن هناك نسبة لا يستهان بها من جمهور الطلاب غير المتعاطين يعتقدون في فائدة بعض المواد النفسية ، وخاصة في حالتي الكحوليات والأدوية . وهي نتيجة في غاية الخطورة وتدعونا إلى التفكير في كيفية مواجهتها من خلال التوعية الإعلامية والدعائية الجيدة لجمهور هؤلاء الطلاب ، خاصة وأن مثل هذه المعتقدات تعد البداية الحقيقية التي تهيئ الشخص للإقدام على تعاطي هذه المواد .

## خامساً : المقارنة بين المتعاطين وغير المتعاطين لمادة معينة في تعاطي مواد أخرى

أوضحت نتائج هذه الدراسة أن المدخنين أكثر تعاطياً للأدوية والمخدرات الطبيعية والكحوليات بالمقارنة بغير المدخنين ، وينسحب الأمر ذاته بالنسبة للذين يتعاطون الأدوية ، حيث نجدهم أكثر تدخيناً للسجائر وتعاطياً للمخدرات الطبيعية والكحوليات مقارنة بغير المتعاطين للأدوية ، وهذا ينطبق أيضاً على المتعاطين للمخدرات الطبيعية (فهم أكثر تعاطياً للأدوية والكحوليات وتدخين السجائر) ، والمتعاطون للكحوليات (أكثر تعاطياً للأدوية والمخدرات الطبيعية وتدخيناً للسجائر) وتأتي هذه النتائج منطقية ومتفقة مع ما توصلت إليه الدراسات السابقة في هذا

المجال . فمن المنطقي أن يكون التعاطي لمادة معينة دافعاً لتعاطي مواد أخرى ، حيث يغيش المتعاطي في مناخ مهيئ ومساعد لكل أشكال التعاطي وأنماطه . وهذا أيضاً ما أكدته الدراسات السابقة التي أوضحت نتائجها أن المتعاطين للأدوية مثلاً أكثر تعاطياً للكحوليات والمخدرات وتدخين السجائر (عبد اللطيف خليفة ، ١٩٩١) ، كما أن من يتعاطون المخدرات الطبيعية أكثر تعاطياً للأدوية والكحوليات (محمد نجيب الصبوة ، ١٩٩١) .

## سادساً : المقارنة بين المتعاطين وغير المتعاطين لمادة معينة في الاتجاه نحو المواد النفسية الأخرى

وهنا نفرق بين أمرين ، أولهما يتمثل في مدى الاستمرار والتوقف ، والثاني عن مدى الإقدام أو الإحجام عن تعاطي مواد أخرى . ونعرض لهما على النحو التالي :

### أ - المقارنة بين المتعاطين وغير المتعاطين لمادة ما في الاستمرار والتوقف عن تعاطي المواد الأخرى المؤثرة في الأعصاب :

أوضحت النتائج أن المدخنين أكثر استمراراً في تعاطي المواد الأخرى (الأدوية ، المخدرات الطبيعية ، الكحوليات ) ، بالمقارنة بغير المدخنين . كما تبين أن من يتعاطون الأدوية أكثر استمرارية في تعاطي المواد الأخرى بالمقارنة بغير المتعاطين ، وظهر نفس الشيء في حالتي تعاطي المخدرات الطبيعية والكحوليات .

ويعني ما سبق أن هناك اقتراناً بين تعاطي الفرد لمادة معينة وبين إقباله على تعاطي مواد أخرى ، وأن الدافع الإيجابي النشط للتوقف أو الامتناع عن تعاطي

المخدرات كان أقوى لدى غير المتعاطين منه لدى المتعاطين لها .

والسؤال الذي يطرح نفسه علينا هو : لماذا ينتقل الشخص من تعاطي مخدر معين إلى تعاطي مخدر آخر ؟ وفي هذا الشأن يذكر هيث Heath إجابة عن هذا السؤال في مجال تعاطي الحشيش ، فيشير إلى أنه يحدث تغييرات كيميائية داخل الخلية العصبية تزيد من قدرة المتعاطي على تحمل الجرعة المعتادة مما يدفعه إلى زيادة الجرعة ، أو إلى تعاطي مخدر أخر أقوى لكي يحصل على الشعور الذي يرغب في الحصول عليه (محمد نجيب الصبوة ، ١٩٩١) .

ويرى «سويف» أن ظاهرة التحمل لها مظهران هما :

١ - زيادة الجرعة .

٢ - الانتقال من مخدر أضعف إلى مخدر أقوى في تأثيره من سابقه .

وهذا المظهر الثاني يمكن أن يفسره عامل نفسي اجتماعي مهم يتمثل في أن المخدرات المختلفة مرتبة في المجتمع ترتيباً متدرجاً من حيث خطورة تأثيرها ، ومن حيث عدد الأفراد الذين يتعاطون كل منها . ولما كان دخول الفرد إلى مناخ وسياق التعاطي لأي مخدر يرتبط باحتكاكه بأفراد آخرين يتعاطون هذا المخدر ، فإنه كلما زاد عدد الأفراد المتعاطين في المجتمع زاد احتمال دخوله عالم التعاطي . ومن ثم فإن احتمال تعاطي الفرد لمخدر ما يمثل متعاطوه نسبة ضئيلة من المجتمع بشكل كلى ، يكون في البدء احتمالاً ضعيفاً (مثلاً كالأفيون أو الهيروين) ، ولكنه يقوى مع مرور الوقت نظراً للتعرض المتزايد من جانب المتعاطي للاحتكاك بأعداد متزايدة من المتعاطين (المرجع السابق) .

### ب - المقارنة بين المتعاطين وغير المتعاطين لمادة ما في الإقدام والإحجام عن تعاطي المواد الأخرى المؤثرة في الأعصاب :

أوضحت النتائج ما يأتي :

- أن المدخنين أكثر إقداماً على تعاطي المواد الأخرى ، (الأدوية ، المخدرات الطبيعية ، والكحوليات) ، في حالة إذا ما سنحت لهم الفرصة بالمقارنة بغير المدخنين .
- أن المتعاطين للأدوية أيضاً أكثر إقداماً على تعاطي المواد الأخرى (المخدرات الطبيعية ، والكحوليات) بالمقارنة بغير المتعاطين للأدوية .
- أن المتعاطين للمخدرات الطبيعية أكثر استعداداً لتعاطي المواد الأخرى (الأدوية ، الكحوليات) بالمقارنة بغير المتعاطين للمخدرات الطبيعية .
- أن المتعاطين للكحوليات أكثر استعداداً لتعاطي المواد الأخرى (الأدوية ، المخدرات الطبيعية) بالمقارنة بغير المتعاطين للكحوليات .

وفي ضوء ذلك يتضح أهمية الوقوف على أسباب التعاطي ومنشأه من خلال احتمالات التعاطي أو الرغبة في التعاطي ، حيث توجد مستويات مختلفة من الحصانة ضد التعاطي . وهناك ما يمكن تسميته «بالجماعات الهشة» وهم الأشخاص الذين يقدمون على التعاطي إذا ما توافرت الفرصة أو السياق المهيىء لذلك ، حيث توجد قابلية شديدة لأن ينتقل سلوك التعاطي إلى الشخص دون أية مقاومة منه .

وبوجه عام تتفق نتائج هذه الدراسة مع نتائج دراستين مسحيتين سابقتين ، إحداهما أجريت على عينة من طلاب جامعة الكويت (عبد اللطيف خليفة ، عويد المشعان ، ١٩٩٩) ، والثانية على عينة من طلاب الثانوي بجمهورية مصر العربية ،

(عبد الحليم محمود السيد وآخرون ، ١٩٩١) ، كما تتفق مع العديد من الدراسات التي قام بها سويف بالبرنامج الدائم لبحوث تعاطي المخدرات (مصطفى سويف وآخرون ، ١٩٨٧) .

## سابعاً : تعاطي المواد المؤثرة في الأعصاب والانحرافات السلوكية

أظهرت نتائج الدراسة الحالية أن هناك اقتراناً واضحاً بين تعاطي جميع المواد النفسية (سواء التدخين ، أو الأدوية ، أو المخدرات الطبيعية ، أو الكحوليات) وبين الانحرافات السلوكية ، حيث تبين أن المتعاطين لأي من هذه المواد النفسية أكثر ارتكاباً - بشكل جوهري -للعديد من الانحرافات السلوكية . واتضح أن أسوأ الانحرافات التي يقع فيها متعاطو معظم هذه المواد النفسية - مرتبة تنازلياً - تأخذ الشكل الآتى :-

١ - الغش في الامتحانات .

٢ - الشجار مع المدرسين .

٣ - الطرد من غرفة الدراسة .

٤ - الهروب من المدرسة .

٥ - الشجار مع الوالدين .

٦ - الفصل من المدرسة لكثرة الغياب .

٧ - الهروب من المنزل .

٨ - الاعتداء على المدرسين .

٩ - الاعتداء على الزملاء بالضرب .

١٠ - السرقة من الزملاء .

وتتفق هذه النتائج مع ما سبق أن توصل إليه مصطفى سويف في دراساته عن التعاطي لدى طلاب الثانوي والجامعة في علاقته بالانحرافات السلوكية . حيث أوضحت النتائج وجود ارتباطات ايجابية بين تعاطي المواد النفسية (التدخين ، الأدوية ، المخدرات الطبيعية ،الكحوليات) ، وارتكاب العديد من الانحرافات السلوكية (انظر : مصطفى سويف ، ١٩٩٦ ص ص ١٦٠ - ١٦٥) .

وبحث ماكيزي وزملاؤه(Mackesy et al., 1999) العلاقة بين تعاطي المواد المؤثرة في الأعصاب والسلوك الإجرامي لدى عينة مكونة من ١٣٠٠٠ طالب بالمدارس الثانوية ، وأوضحت نتائج هذه الدراسة تزايد انتشار السلوكيات والأعمال الإجرامية بين من يتعاطون المواد النفسية عامة ، والمتعاطون للمواد الطيارة خاصة .

وعلى الرغم من أن الاقتران لا يسمح بالحديث عن وجود علاقة سببية ، فإنها علاقة معية أو ارتباطية ، وعلى الرغم من هذه النتيجة فإنه لا يجوز التقليل من أهميتها ، حيث إن وجود علاقة منتظمة بهذا الشكل بين أي متغيرين يسمح منهجياً بالتنبؤ من أحد المتغيرين إلى الأخر ، بمعنى أن حضور أحد المتغيرين يزيد من احتمالات حضور الآخر . ومن ثم يمكننا أن نؤكد أن وجود التعاطي يزيد من احتمالات وجود الانحرافات والجريمة .

## ثامناً : التوصيات

من خلال القيام بهذه الدراسة نكون قد أسهمنا في إلقاء الضوء على مشكلة من أخطر المشكلات التي تواجه الشباب في المجتمع الكويتي ، وهي مشكلة تعاطي المواد المؤثرة في الأعصاب ، فالدراسة الحالية هي دراسة مسحية وبائية تناولت قطاع طلاب الثانوي ، وما توصلت إليه من نتائج يعد أساساً يعتمد عليه في توفير عدد من المعلومات والحقائق عن مدى انتشار تعاطي المواد النفسية ، والعوامل التي ترتبط بهذه الظاهرة ، وتدفع إلى الإقدام إليها ، أو الإحجام عنها .

وفي ضوء هذه النتائج يمكن رسم سياسة وقائية لمواجهة مشكلة تعاطي المخدرات والمواد المؤثرة في الأعصاب ، ويقصد بالوقاية الإشارة إلى فعل مخطط نقوم به تحسباً لظروف مشكلة معينة ، أو مضاعفات لمشكلة كانت قائمة أصلاً ، وذلك بغرض الإعاقة الجزئية أو الكاملة للمشكلة ، أو لمضاعفاتها ، أو للمشكلة والمضاعفات معاً .

وتتفق منظمة الصحة العالمية وهيئة الأمم المتحدة على التفرقة بين ثلاثة مستويات لإجراءات الوقاية ، نعرض لها على النحو الآتي :-

المستوى الأول : الوقاية الأولية Primary Prevention ، ويقصد بها مجموع الإجراءات التي تستهدف منع وقوع التعاطي أصلاً . ويدخل في هذا الباب جميع أنواع التوعية التي تنحو هذا المنحى ، وكذلك مجموع الإجراءات التي تتخذ على مستوى الدولة ( باسم مكافحة العرض ) سواء أكانت إجراءات أمنية أم تشريعية ما دام الهدف الأخير منها هو منع توافر المخدر ، ومن ثم منع وقوع التعاطي .

المستوى الثاني : الوقاية من الدرجة الثانية Secondary Prevention ، ويقصد بها التدخل العلاجي المبكر ، بحيث يمكن وقف التمادي في التعاطي لكي لا يصل بالشخص إلى مرحلة الإدمان ، وكل ما يترتب على مرحلة الإدمان من مضاعفات . أي أن هذا المستوى من الإجراءات الوقائية يقوم على أساس الاعتراف بأن الشخص أقدم فعلاً على التعاطي ، ولكنه لا يزال في مراحله الأولى ، ومن ثم نحاول إيقافه عن الاستمرارية .

المستوى الثالث :الوقاية من الدرجة الثالثة Tertiary Prevention ، ويقصد بها وقاية المدمن من مزيد من التدهور الطبي أو الطبي - النفسي السلوكي للحالة ، فهدفها هو إيقاف تقدم المشكلة أو تعطيل تفاقمها ، على الرغم من بقاء الظروف التي أحاطت بظهورها (مصطفى سويف ، ١٩٩٦ ؛ لجنة المستشارين ، ١٩٩٢) .

والسؤال الذي يطرح نفسه علينا في هذا الإطار : ما مستويات الوقاية التي يجب اتباعها واللجوء إليها لمواجهة مشكلة تعاطي المواد المؤثرة في الأعصاب ؟ . والإجابة تتلخص في أننا في حاجة ضرورية وفي المقام الأول إلى الوقاية من الدرجة الثانية ، ثم الوقاية من الدرجة الثالثة .

وإذا كنا قد تحدثنا عن أن هذه الوقاية لا يمكن القيام بها لمواجهة المشكلة إلا إذا وجدت المعلومات والحقائق التي توفرها الدراسات المسحية الوبائية ، فما المعلومات التي أمدتنا بها هذه الدراسة التي بين أيدينا ؟ .

ونحاول فيما يلي أن نعرض لعدة نتائج - على سبيل المثال وليس الحصر - يمكن الاستفادة منها في مجال الوقاية من تعاطي المواد المؤثرة في الأعصاب ، وذلك

على النحو الآتى :-

١ - أوضحت نتائج الدراسة تزايد نسب المدخنين من طلاب الثانوي بشكل كبير يدعو إلى مواجهة هذه المشكلة ؛ نظراً لكون التدخين هو البداية الفعلية للدخول في عالم تعاطي المخدرات .

٢ - تبين أن العمر عند بدء تعاطي المواد النفسية ، يمتد من ١٥ - ١٧ سنة أي في نهاية المرحلة المتوسطة وبداية التعليم الثانوي . ولا جدال في أن لهذه المعلومة أهمية كبيرة بالنسبة لمصممي البرامج الوقائية .

٣ - أمدتنا الدراسة الحالية أيضاً بأن غالبية المتعاطين بدأوا تعاطيهم بداية سلبية ، أي : تحت ضغوط الآخرين من المحيطين بهم ، وهي معلومة مهمة أيضاً في مجال التوعية والوقاية من هذه الظاهرة .

٤ - كشفت النتائج أيضاً عن الدور المهم لنسق معتقدات الفرد حول تعاطي المواد النفسية ، حيث تبين أن نسق معتقدات الذكور يتمثل في تزايد الاعتقاد في فائدة هذه المواد وتناقص الاعتقاد في ضررها ، وبالتالي تزايد نسب الذكور المتعاطين لهذه المواد - مقارنة بالإناث ، ولذلك فإنه من الضروري الوقوف على هذا النسق من المعتقدات والآراء عند التخطيط لبرامج وسياسات وقائية .

٥ - كشفت نتائج هذه الدراسة أيضاً عن أكثر المناطق التي ينتشر بينها التدخين وتعاطي المواد النفسية هي الجهراء ، والأحمدي . ومن ثم يجب أن تتركز جهود الوقاية حول هاتين المنطقتين في المقام الأول .

٦ - أيضاً يجب توجيه العناية إلى نظام الثانوي العام بالدرجة الأولى ، نظراً لتزايد نسب التعاطي بين طلاب هذا النظام عن نظام المقررات .

٧ - كما يجب الاهتمام بالطلاب الذين يعيشون بعيداً عن أسرهم ، نظراً لكونهم .أكثر تعاطياً لجميع المواد النفسية بالمقارنة بمن يعيشون مع أسرهم .

٨ - كشفت النتائج أيضاً عن ارتباط سلبي بين كفاءة التحصيل الدراسي وتعاطي المواد المؤثرة في الأعصاب ، وهي معلومة أيضاً مهمة يمكن الاستفادة منها عند التخطيط لبرامج وقائية ، ولا يقل عنها أهمية ارتباط التعاطي بالإصابة بالأمراض الجسمية والنفسية وبالانحرافات السلوكية .

٩ - أيضاً تبين أن المتعاطين لأي مادة من المواد النفسية أكثر إقداماً على تعاطي مواد أخرى وأكثر استمرارية في تعاطيها ، ومن ثم يجب أن يوضع ذلك في الحسبان إذا ما أردنا مواجهة الظاهرة .

كانت هذه مجرد أمثلة لعدد من النتائج التي كشفت عنها الدراسة الحالية ، ولها أهمية عملية وتطبيقية كبيرة في مجال التخطيط لسياسة وقائية ، يمكن أن تتم على مستويين :

- المستوى الأول : مستوى عام ، تتآزر فيه كل جهود مؤسسات المجتمع سواء تلك التي تسن القوانين ، أو تنفذها ، أو تشكل الأعراف الاجتماعية أو المؤسسات الحكومية والأهلية والعلمية والتنفيذية ، أو الجهات التي تخطط للبرامج التعليمية والإعلامية والدينية على مستوى المجتمع ، فمثلاً لا يجوز أن تتحدث برامج رسمية تعليمية أو إعلامية عن أضرار التدخين والتعاطي مع السماح بالحملات الإعلامية التجارية في الصحف والتلفاز التي تغري بالتدخين وتناول الكحوليات .

- أما المستوى الثاني : ( للتخطيط للسياسة الوقائية ) : فهو أقرب ما يكون

للدراسات النفسية والتربوية والاجتماعية ، متكاملة مع غيرها من التخطيطات .
ويتمثل في محاولة تغيير اتجاهات الأفراد نحو مزيد من التقبل للمعلومات والمشاعر غير المحبذة لتعاطي المواد المؤثرة في الأعصاب ، وبالتالي دعم سلوك الامتناع عن تعاطي هذه المواد . ويتم ذلك من خلال برامج تعليمية وإعلامية تربوية ، موجهة لجمهور معين (انظر : عبد الحليم محمود السيد وآخرون ، ١٩٩١) .

ومن الأهمية بمكان الإشارة إلى ضرورة التعاون بين العديد من الوزارات والهيئات مثل وزارة الإعلام ، ووزارة الصحة ، ووزارة الداخلية ، ووزارة التربية ، ووزارة الأوقاف ، وغيرها من الجهات والهيئات المسؤولة ، لما لذلك من أهمية في التنسيق لرسم سياسة واستراتيجية واضحة المعالم لمواجهة مشكلة تعاطي المخدرات على مستوى المجتمع ، ولا يمكن أن تتم مواجهة فعالة لهذه المشكلة إذا اقتصرت على جهة معينة دون غيرها ، فمن غير المعقول مثلاً أن تهتم وزارة التربية بالتوعية لمواجهة مشكلة المخدرات ، ثم تأتي وزارة الإعلام وتقدم ما يناقض ذلك .



# مراجع الدراسة

## أولاً : المراجع العربية

## ثانياً : المراجع الأجنبية



# مراجع الدراسة

## أولاً : المراجع العربية :


١ - أحمد رمزي قطب ، سيف علي الحجري (٢٠٠٠) التدخين في أرقام : تقديرات أولية لحجم المشكلة في قطر ودول مجلس التعاون الخليجي . **المؤتمر العالمي الأول حول مكافحة التدخين : نحو قرن بلا تدخين** ، دولة الكويت ، ١٧ - ١٩ أبريل ٢٠٠٠ .

٢ - أحمد علي جبر (١٩٨٦) اتجاهات المجتمع الكويتي نحو التدخين واستراتيجية مكافحته : مدخل تسويقي . **مجلة العلوم الاجتماعية** ، المجلد ١٤ ، العدد ٢ ، ٢٦١-٢٩٤ .

٣ - أحمد محمد الطيب (بدون تاريخ) **الإحصاء في التربية وعلم النفس** . الإسكندرية : المكتب الجامعي الحديث .

٤ - إدارة الخدمات الاجتماعية والنفسية (١٩٩٥) . **ظاهرة انتشار التدخين بين الطلاب : دراسة ميدانية** . الكويت : وزارة التربية .

٥ - إدارة الخدمات الاجتماعية والنفسية (١٩٩٨) **دراسة ميدانية حول مشكلة تعاطي المخدرات بين طلاب المدارس والأساليب الوقائية لمواجهتها** . الكويت : وزارة التربية .

٦ - أسامة أبو سريع (١٩٩١) الاقتران بين تعاطي المواد النفسية وفقدان الرضا عن العلاقات الاجتماعية لدى عينة ممثلة لعمال الصناعة الذكور في مصر . **المجلة الاجتماعية القومية** . (يصدرها المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية بالقاهرة) ، مجلد ٢٨ ، عدد ١ ، ١٣٣-١٦٤ .

٧ - الحسين عبد المنعم (١٩٩١) انتشار تعاطي المواد النفسية بين عمال الصناعة في مصر : دراسة مقارنة بين العمال المهرة وغير المهرة . **المجلة الاجتماعية القومية** (يصدرها المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية بالقاهرة) ، مجلد ٢٨ ، عدد ١ ، ١٠٩ - ١٣٢ .

٨ - السيد محمد خيري (١٩٦٣) **الإحصاء في البحوث النفسية والتربوية والاجتماعية** . القاهرة : مطبعة دار التأليف

٩ - بسام أبو الذهب (٢٠٠٠) المسح الوطني حول انتشار التدخين في سوريا . **المؤتمر العالمي الأول حول مكافحة التدخين : نحو قرن بلا تدخين** . دولة الكويت ، ١٧ - ١٩ أبريل ٢٠٠٠ .

١٠ - جمعة يوسف (١٩٩١) تعاطي المواد النفسية المؤثرة في الأعصاب بين عمال الصناعة في مصر : مقارنة بين المناطق الجغرافية . **المجلة الاجتماعية القومية** (يصدرها المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية بالقاهرة) ، مجلد ٢٨ ، عدد ١ ، ٥٩ - ٨٠ .

١١ - جونستون ، ل . ، باتشمان ، ج ، مالي ب . م . (١٩٨٨) **تعاطي التلاميذ للمخدرات في أمريكا في الفترة من عام ١٩٧٥ - ١٩٨٠** . ترجمة محمد نجيب الصبوه ، عبد اللطيف خليفة ، معتز عبد الله ، أحمد سعد جلال ، مراجعة عبد الحليم محمود السيد . القاهرة : المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية .

١٢ - حصة الناصر ، عبد اللطيف خليفة (٢٠٠٠) نسق المعتقدات حول تدخين السجائر وعلاقته ببعض سمات الشخصية لدى عينة من طلاب جامعة الكويت (دراسة مقارنة بين المدخنين وغير المدخنين) . **حوليات الآداب والعلوم**

**الاجتماعية** ، جامعة الكويت ، الحولية العشرون ، الرسالة ١٤٢ .
١٣ – خالد بدر (١٩٩١) العلاقة بين تعاطي المواد المؤثرة في الأعصاب وكل من المرض الجسمي والنفسي . **المجلة الاجتماعية القومية** (يصدرها المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية بالقاهرة) . المجلد ٢٨ ، عدد ١ ، ١٦٥ - ١٩٨,
١٤ – راوية دسوقي (١٩٩٥) تقدير الذات وعلاقته بكل من القلق والاكتئاب لدى متعاطي الحشيش . **مجلة علم النفس** (الهيئة المصرية العامة للكتاب) ، عدد ٣٥ ، ٢٠ – ٣٧ .
١٥ – زين العابدين درويش ، مصطفى سويف ، عبد الحليم محمود السيد ، فيصل يونس (١٩٨٩) . التعاطي غير الطبي للأدوية النفسية بين طلاب الثانوي العام والفني : تحليل مقارن للمتغيرات المصاحبة . **الكتاب السنوي في علم النفس** (المجلد السادس ، ص ٣٥٧ –٣٨٤) . القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية .
١٦ – سامر جميل رضوان (١٩٩٩) تعاطي المواد المؤثرة نفسياً لدى عينات من طلاب المدارس الإعدادية والثانوية في مدينة دمشق . **مؤتمر الخدمة النفسية والتنمية** ، قسم علم النفس ، كلية العلوم الاجتماعية ، جامعة الكويت ، ٥–٧ أبريل ١٩٩٩ .
١٧ – سلوى عبد الباقي (١٩٩٢) خصائص شخصية المدمن بالمملكة العربية السعودية . **دراسات نفسية** (رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية) ، مجلد ١ ، ك ٢ ، ٧٥ – ١٠١ .
١٨ – صفوت فرج (١٩٩٦) **الإحصاء في علم النفس** . القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية .

١٩ - عادل الدمرداش (١٩٨٢) **الإدمان : مظاهره وعلاجه** . الكويت : المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب ، سلسلة عالم المعرفة ، عدد ٥٦ .

٢٠ - عايد على الحميدان (١٩٩٦) **الآثار الاجتماعية والإنسانية لسوء استعمال المخدرات في دولة الكويت** . وزارة الداخلية : الإدارة العامة للتخطيط والتطوير .

٢١ - عايد علي الحميدان (٢٠٠٠) انتشار التدخين بين الإناث في المجتمع الكويتي . **المؤتمر العالمي الأول حول مكافحة التدخين ، نحو قرن بلا تدخين** ، دولة الكويت ، ١٧ - ١٩ أبريل ٢٠٠٠ .

٢٢ - عبد الحليم محمود السيد ، مصطفى سويف ، مصري حنورة ، زين العابدين درويش ، (١٩٨٠) مصادر المعلومات عن المواد المؤثرة في الأعصاب وعلاقتها بالاتجاه والسلوك نحو هذه المواد لدى تلاميذ المدارس الثانوية في القاهرة الكبرى . **مؤتمر علاج المجتمع لمشكلة المخدرات** ، وزارة الصحة ، هيئة الصحة العالمية ، الأقصر ٢١ - ٢٣ مارس ١٩٨٠ .

٢٣ - عبد الحليم محمود السيد ، محمد نجيب الصبوة ، عبد اللطيف خليفة ، معتز عبد الله ، أحمد سعد جلال (١٩٩٠) اتجاهات التغير في حجم الاصابة بالأمراض الجسمية والنفسية المصاحبة لتعاطي المواد المؤثرة في الأعصاب لدى تلاميذ الثانوي العام الذكور بمدينة القاهرة الكبرى بين عامي ١٩٧٨ - ١٩٨٦ . **مجلة علم النفس** ، عدد ١٣ ، ٨٤-٩٥ .

٢٤ - عبد الحليم محمود السيد ، محمد نجيب الصبوه ، عبد اللطيف خليفة ، معتز عبد الله (١٩٩١) **تعاطي المواد المؤثرة في الأعصاب لدى طلاب المدارس الثانوية**

**العامة بمدينة القاهرة الكبرى عام ١٩٨٦** . القاهرة : المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية بالقاهرة .

٢٥ - عبد الحليم محمود السيد (١٩٩١) تعاطي الكحوليات لدى طلاب المدارس الثانوية العامة بمدينة القاهرة الكبرى عام ١٩٨٦ . في عبد الحليم محمود السيد وآخرون (محرر) **تعاطي المواد المؤثرة في الأعصاب لدى طلاب المدارس الثانوية العامة بمدينة القاهرة الكبرى عام ١٩٨٦**(ص ص ٢٦٥ - ٣٢٧) . القاهرة : المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية .

٢٦ - عبد السلام أحمدي الشيخ (١٩٨٨) بعض الشروط المسئولة عن الاعتماد على المخدرات والعقاقير . **مجلة علم النفس** ، العدد الثامن ، ١١ - ٢٧ .

٢٧ - عبد الفتاح القرشي (٢٠٠١) **تصميم البحوث في العلوم السلوكية** . الكويت : دار القلم .

٢٨ - عبد اللطيف خليفة ، عبد الحليم محمود السيد ، محمد نجيب الصبوة ، معتز عبد الله (١٩٨٨) ، أنماط التغير في مصادر المعلومات عن المواد النفسية المؤثرة في الأعصاب وعلاقتها بالاتجاه والسلوك نحو هذه المواد لدى تلاميذ المدارس الثانوية العامة بمدينة القاهرة الكبرى بين عامي ، ١٩٧٨ و ١٩٨٦ . **المؤتمر العربي الأول لمواجهة مشكلات الادمان** بالقاهرة ، ١٣ - ١٥ سبتمبر ١٩٨٨ .

٢٩ - عبد اللطيف خليفة (١٩٩١) التعاطي غير الطبي للأدوية النفسية لدى طلاب المدارس الثانوية العامة بمدينة القاهرة الكبرى عام ١٩٨٦ . في عبد الحليم محمود السيد وآخرون (محرر) **تعاطي المواد المؤثرة في الأعصاب لدى طلاب المدارس الثانوية العامة بمدينة القاهرة الكبرى عام ١٩٨٦** (ص ص ١٢٣ -

١٧٤) . القاهرة : المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية .

٣٠ - عبد اللطيف محمد خليفة (١٩٩٢) المعالجة الصحفية لمشكلة تعاطي المخدرات كأحد المتغيرات المرتبطة بالاتجاه نحو التعاطي : دراسة باستخدام تحليل المضمون . **مجلة علم النفس** ، عدد ٢١ ، ١٠٨ - ١٢٩ .

٣١ - عبد اللطيف خليفة ، عويد المشعان (١٩٩٩) تعاطي المواد المؤثرة في الأعصاب بين طلاب جامعة الكويت . **مؤتمر الخدمة النفسية والتنمية** ، الكويت ، ٥ - ٧ أبريل .

٣٢ - عبد المنعم شحاته (١٩٨٨) **تغيير الاتجاه نحو التدخين : دراسة تجريبية** . رسالة دكتوراه ، كلية الآداب ، جامعة القاهرة .

٣٣ - عبد الله سعيد الفرحان (١٩٨٥) **الكويت والجهود الدولية لمكافحة المخدرات** . دولة الكويت : وزارة الداخلية .

٣٤ - عبد الله عبد الرحمن ، حسن بدوي (٢٠٠٠) التدخين وسط الأطباء وعلاقته بالقلق والاكتئاب . **المؤتمر العالمي الأول حول مكافحة التدخين : نحو قرن بلا تدخين** . دولة الكويت ، ١٧ - ١٩ أبريل ٢٠٠٠ .

٣٥ - علي مصطفى بلال (١٩٨٤) دراسة مستقبلية للمرضى الذين يعالجون من مشاكل الإدمان . **ندوة المسكرات والمخدرات برعاية مجلس وزراء صحة الخليج** ، الكويت ، فبراير ١٩٨٤ .

٣٦ - عويد سلطان المشعان (١٩٩٩) أسباب تعاطي المخدرات وكيفية معالجتها من وجهة نظر الطالب الجامعي بدولة الكويت . **المؤتمر الخامس عشر لعلم النفس في مصر والمؤتمر السابع لعلم النفس العربي** ، الجمعية المصرية للدراسات النفسية ،

٣١ يناير - ٢ فبراير ١٩٩٩ (غير منشور) .

٣٧ - فيصل يونس ، مصطفى سويف ، عبد الحليم محمود السيد ، زين العابدين درويش (١٩٨٧) الاقتران بين تعاطي المواد النفسية وبين المرض النفسي والعضوي لدى عينات مختلفة من الجمهور في مصر . **المؤتمر السنوي الثالث لعلم النفس في مصر** ، ٢٦ - ٢٨ يناير , ١٩٨٧

٣٨ - فيصل يونس (١٩٩١) بعض مصاحبات التجريب المتعدد للمواد النفسية . **المجلة الاجتماعية القومية** (يصدرها المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية بالقاهرة) ، مجلد ٢٨ ، عدد ١ ، ٤٧ - ٥٨ .

٣٩ - لجنة المستشارين العلميين (١٩٩٢) **استراتيجية قومية متكاملة لمكافحة المخدرات ومعالجة مشكلة التعاطي والإدمان (التقرير النهائي)** . القاهرة : المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية .

٤٠ - لطفي الشربيني (٢٠٠٠) الاتجاهات الحديثة في أبحاث التدخين . **المؤتمر العالمي الأول حول مكافحة التدخين : نحو قرن بلا تدخين** . دولة الكويت ، ١٧ - ١٩ أبريل ٢٠٠٠ .

٤١ - مجمع اللغة العربية (١٩٩٠) **المعجم الوجيز** . القاهرة : وزارة التربية والتعليم .

٤٢ - محمد حسن غانم (١٩٩٨) المدمنون وقضايا الإدمان : دراسة نفسية استطلاعية . **مجلة علم النفس** ، عدد ٤٦ ، ٧٤ - ٨٦ .

٤٣ - محمد السيد عبد الرحمن (٢٠٠٠) **علم الأمراض النفسية والعقلية** . القاهرة : دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع .

٤٤ - محمد معوض إبراهيم (٢٠٠٠) دور برامج التليفزيون في الترويج للتدخين ومكافحته لدى الشباب في الكويت . **المؤتمر العالمي الأول حول مكافحة التدخين : نحو قرن بلا تدخين** ، دولة الكويت ، ١٧ - ١٩ أبريل ٢٠٠٠ .

٤٥ - محمد نجيب الصبوة (١٩٩١) تعاطي المخدرات الطبيعية . في عبد الحليم السيد ، وآخرون ، **تعاطي المواد المؤثرة في الأعصاب لدى طلاب المدارس الثانوية بمدينة القاهرة الكبرى عام ١٩٨٦** ( ص ص ١٧٥ -٢٦٤) . القاهرة : المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية .

٤٦ - مساعد النجار (١٩٩٤) **أسباب تعاطي المخدرات : دراسة مسحية** . الكويت : وزارة الداخلية .

٤٧ - مصري حنورة (١٩٨٠) **الجانب الوقائي في مشكلة تعاطي المخدرات ، الحلقة الدراسية السادسة عشرة** ، الإدارة العامة لمكافحة المخدرات ، ديسمبر ١٩٨٠ .

٤٨ - مصري حنورة (١٩٨٤) دوافع تعاطي المخدرات وأساليب مكافحتها . **ندوة المسكرات والمخدرات وعلاجها** . الكويت : الأمانة العامة لمجلس وزارة الصحة للدول العربية في الخليج ، ١١ - ١٣ فبراير ١٩٨٤ .

٤٩ - مصري حنورة (١٩٩٣) **سيكولوجية تعاطي المخدرات والكحوليات** . الكويت : جامعة الكويت .

٥٠ - مصري حنورة (١٩٩٨) مظاهر اضطراب الشخصية لدى متعاطي المخدرات : دراسة حضارية مقارنة على عينتين من مصر والكويت . **المؤتمر العالمي الأول حول دور الدين والأسرة في وقاية الشباب من تعاطي المخدرات بالكويت** ، ١٦- ١٨ مارس ١٩٩٨ .

٥١ - مصطفى سويف (١٩٧٩) أيدلوجية الحشيش : دراسة للآراء والاعتقادات المرتبطة بتعاطي الحشيش . ترجمة : عبد الحليم محمود السيد ، في لويس كامل مليكة (محرر) **قراءات في علم النفس الاجتماعي في البلاد العربية** . (المجلد الثالث ، ص ص ٤٢٩ - ٤٤٢) . القاهرة : الهيئة المصرية العامة للكتاب .

٥٢ - مصطفى سويف ، وآخرون (١٩٨٧) **المخدرات والشباب في مصر** ، القاهرة : المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية .

٥٣ - مصطفى سويف (١٩٨٨) **نحو سياسة وقائية متكاملة في مواجهة مشكلات الإدمان في مصر** . القاهرة : المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية .

٥٤ - مصطفى سويف (١٩٩٠ «أ») **تعاطي المواد المؤثرة في الأعصاب بين الطلاب ، دراسات ميدانية في الواقع المصري : مدخل تاريخي ومنهجي إلى الدراسات الوبائية (المجلد الأول)** . القاهرة : المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية .

٥٥ - مصطفى سويف وآخرون (١٩٩٠ «ب») **تعاطي المواد المؤثرة في الأعصاب بين الطلاب ، دراسات ميدانية في الواقع المصري : تدخين السجائر : مدى الانتشار وعوامله (المجلد الثاني)** . القاهرة : المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية .

٥٦ - مصطفى سويف وآخرون (١٩٩١«أ») **تعاطي المواد المؤثرة في الأعصاب بين الطلاب ، دراسات ميدانية في الواقع المصري : التعاطي غير الطبي للأدوية المؤثرة في الأعصاب (المجلد الثالث)** . القاهرة : المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية .

٥٧ - مصطفى سويف (١٩٩١ «ب») انتشار تعاطي المواد النفسية بين عمال الصناعة في مصر . **المجلة الاجتماعية القومية** ، مجلد ٢٨ ، عدد ١ ، ١ - ٤٦ .

٥٨ - مصطفى سويف (١٩٩٦) **المخدرات والمجتمع : نظرة تكاملية** . الكويت : المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب ، سلسلة عالم المعرفة ، عدد , ٢٠٥

٥٩ - معتز عبد الله (١٩٩١) تدخين السجائر لدى طلاب المدارس الثانوية العامة بمدينة القاهرة الكبرى عام ١٩٨٦ . في عبد الحليم محمود السيد وآخرون ، **تعاطي المواد المؤثرة في الأعصاب لدى طلاب المدارس الثانوية العامة بمدينة القاهرة الكبرى عام ١٩٨٦** (ص ٦١ - ١٢٢) . القاهرة : المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية .

٦٠ - معتز عبد الله ، عبد اللطيف خليفة (١٩٩٢) المعتقدات حول تدخين السجائر واقترانها بكل من مركز التحكم والقلق لدى المدخنين . في : معتز عبد الله (محرر) **بحوث في علم النفس الاجتماعي والشخصية** (المجلد الأول ص ص ٧١ - ١٣٥) . القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية) .

٦١ - مكتب الإنماء الاجتماعي (٢٠٠٠) **سلسلة تشخيص الاضطرابات النفسية : اضطراب التعاطي والإدمان** (١) . تحرير : بشير الرشيدي ، طلعت منصور ، محمد النابلسي ، وآخرون . الكويت : الديوان الأميري .

٦٢- ناصر ثابت (١٩٨٤) **المخدرات وظاهرة استنشاق الغازات : دراسة اجتماعية ميدانية استطلاعية** . الكويت : منشورات ذات السلاسل .

٦٣ – هند طه (١٩٩١) الاقتران بين تعاطي المواد المؤثرة في الحالة النفسية ونوعية الصناعة . **المجلة الاجتماعية القومية** (يصدرها المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية) القاهرة ، مجلد ٢٨ ، عدد ١ ، ٨١ – ١٠٨ .

## ثانياً : المراجع الأجنبية :

64 - Ajzen,. I (1991) The Theory of planned Behavior. **Organizational Behavior and Human Processes,** 50, 179-211.

65 - Ajzen, I. & Fishbein, M. (1977) Attitude-Behaviors Relations: A Theoretical Analysis and Review of Empirical Research. **Psychological Bulletin,** 84, 888-918.

66- Ajzen, I. & Fishbein, M. (1980). **Understanding attitudes and predicting social behavior.** Englewood Cliffs, N.J: Prentic-Hall.

67- Arif, A, & Westermeyer, J. (1988) (Eds.) **Manual of drug and alcohol abuse.** New York: Plenum Med. Book Co.

68 - Allison, K.R., Adlaf, E.M. & Mates, D. (1997) Life strain, coping, and substance use among high school students. **Addiction Research,** Vol. 5,3,251-272.

69- Al-Najar, M: & Klark, D.D. (1996) Self esteem and trait anxiety in relation to drug misuse in Kuwait. **Substance Use and Misuse,** 31 (7), 937-943.

70- Austin, G. & Roizen, R. (1993) **Alcohol consumption among youth: current trends and research findings,** Prevention Research update, No. 12.

71- Bachman, J. G., O'Malley, P.M. and Johnston, L.D. (1984) Drug use among young adults: The impacts of role status and social

environment. **Journal of Personality and Social Psychology,** Vol. 47, No. 3, 629-645.

72- Bandura, A. & Walters, R. H (1963) **Social learning and personality development.** New York: Holt Rinherat & Winston, Inc.

73- Bell, R., Wechsler, H. & Johnston, L.D. (1997) Correlates of college student marijuana use: Results of a US national survey. **Addiction,** vol. 92, 5, 571-581.

74- Barnea, Z., Rahar, G. & Teichmass, M. (1992) Alcohol consumption among Israeli youth-1989: Epidemiology and demographics. **British Journal of Addiction**, Vol. 87, 2, 295-302.

75- Carvalho, V., Pinsky, I., de-Souza, et al. (1995) Drug and alcohol use and family characteristics: A study among Brazilian high-school students. **Addiction**, vol. 90, 1, 65-72.

76- Chen, J., Baumass, A., Rissel, C., et al. (2000) Substance use in high School students in New South Wales, Australia, in relation to Language spoken at home. **Journal of Adolescent Health,** Vol. 26, 53-63.

77- Cox, T.C., Jacobs, M.R., Leblance, A.E. & Marshnan, A. (1983) **Drugs and drug abuse.** Tornto: Addiction Research Foundation.

78- Daughton, J.M., Daughton, D.M. & Patil, K. (1997) Self-recognition of alcohol and cigarette dependency among high school seniors. **Perceptual and Motos Skills,** vol. 89, 1, 115-120.

79- Deleol, G. (1974) Phoenix House: Psychopathological signs among male and female drug - free residents. **Addictive Disease,** 1 (2), 135-151.

80- Eagly, A.H. & Chaiken, S. (19993) **The Psychology of attitudes.**

New York: Harcoust Brace Jovanovich College Pub.

81- Eiser, J. et al., (1989) Health locus of control and health beliefs in relation to adolescent smoking. **British Journal of Addiction,** 84 (9), 1059-1065.

82- Ellickson, P.L., McGiugan, K.A., Adams, V. & Bell, R.M., et al. (1996) Teenagers and alcohol misuse in the United States: By any definition, it's a big problem. **Addiction,** Vol. 91, 10, 1489-1503.

83- Engs, R.C., Hanson, D.J., Gliksman, L. & Smythe, C. (1990) Influence of religion and culture on drinking behaviours: A test of hypotheses between Canada and the USA, **British Journal of Addiction,** Vol. 85, 11, 1475-1482.

84- Feilgelman, E. W., Gorman, B.S. & Lee, J. (1998) Bieng drinkers, illicit drug users, and polydrug users: An epidemiological study of American collegians. **Journal of Alcohol and Drug Education,** Vol. 44, 1, 47-69.

85- Festinger, L. (1957) **A Theory of cognitive dissonance.** Evanston Il : Row Peterson.

86- Fishbein, M. & Ajzen, I. (1975) **Belief, Attitude, Intention and behavior: An Introduction to theory and research.** Reading Mass: Addison-Wesley.

87- Forsyth, A., Barnard, M., Reid, L. & Mckeganey, N. (1998) Levels of drug in a sample of scottish independent secondary school pupils. **Drugs: Education, Prevention and Policy**, Vol. 5, 2, 157-168.

88- GliKsman, L., Newton, T.B., Adlaf, E., & Giesbrecht, N. (1997) Alcohol and other drug use by Ontario Univeristy students: The roles of gender, age, year of study, academic grades place of

residence and programme of study. **Drugs: Education, Prevention and Policy,** vol. 4, 2, 117-129.

89- Grube, J.W., Morgan, M. & McGree, S.T. (1986) Attitudes and normative beliefs as Predictors of smoking intentions and behaviours: A test of three models. **British Journal of Social Psychology,** 25(2): 81-93.

90- Gul'-dan, V., Romanor, O. & Sidenko, O. (1993) Adolescent addicts and their social surroundings. **Voprosy psychologii,** No. 2, 44-48.

91- Gullen, K.W., Koehly, L.M., Anderson, C., et al. (1999) Gender differences in chronic disease risk behaviors through the transition out of high school. **American Journal of Preventive Medicine,** Vol. 17, 1, 1-17.

92- Hill, R.J. (1990) Attitudes and behavior, In: M. Rosenberg & R.H. Turner (Eds.) **Social psychology; sociological perspectives.** New Brunswick: Transaction Pub., 347-377.

93- Hunt, D.J. (1975) Parental permissiveness as perceived by the offspring and the degree of mari juana usage among offspring. **Human Relations,** 27(3), 267-285.

94- Inkeles, A. & Bauer, R.A. (1959) **The Soviet citizen.** Cambridge : Harvard Univ. Press.

95- Kaij, L. (1960) **Studies on the Etiology and sequences of Abuse of alcohol.** Lund, Sweden: Univ of Lund Press.

96- Kandel, D.B. (1978) Convince in Longitudinal survey of drug use in normal populations. In D.B. Kandel (Ed.) **Longitudinal research on drug Addiction: Empirical findings and methodological**

**issues.** New York: John Wiley & Sons.

97 - Kandel, D.B., Kessler, R.C.S Margulies, R.Z. (1978) Antecedents of adolescents Initation into stages of drug use: A development analysis . In D.B. Kandel (Ed.) **Longitudinal Research on Drug Use: Empirical Findings and Methodolgical Issues** (73 - 99) . New York : John Wiley & Sons .

98- Kazdin, A.E. (1998) **Research design in clinical psychology.** New York: Macmillan.

99- Kindlunadh, A.M., Isacson, D.G., Berglund, L. & Nyberg, F. (1999) Factors associated with adolescent use of doping agents: Anabolic-androgenic steroids. **Addiction,** Vol. 94, 4, 543-553.

100- Krech, D. & Crutchfield, R.S. (1948) **Theory and problems of social psychology.** New York : McGraw - Hill Book Co., Inc.

101- Lo, Celia, C. & Globetti, G. (1995) Are males actually heavier drinkers than females?. **Addiction,** Vol. 90, 11, 1547-15550.

102- Mackery, A.M. & Fendrich, M. (1999) Inhalant use and delinquent behavior among adolescents: A comparison of inhalant users and other drug users. **Addiction,** vol. 94, 4, 559, 564.

103- McGee, R., Williams, S., Poulton, R. & Moffitt, T. (2000) A longitudinal study of cannabis use and mental health from adolescence to early adulthood. **Addiction**, Vol. 95, 4, 491-503.

104- McGuire, W.J. (1985) Attitudes and attitude change, In G. Lindzey & E. Aronson (Eds.) **Handbook of social psychology,** (pp.233-346). New York: Randon House.

105- Murray, R.M., Clifford,C. & Gurlin, H.M. (1983) Twin and alcohol studies . In: M. Galanter (Ed.), **Recent developments in**

**achololism** (pp.29-49). New York: Plenum.

106- Nystroem, M. (1992) Positive and negative consequences of alcohol drinking among young university students in Finland. **British Journal of Addiction,** Vol. 878, 5., 715-722.

107- Odgers, P., Houghton, S & Douglas, G. (1996) **The prevalence and frequency of drug graduate school of use among Western Australian metropolitan high school students education.** Univ. of Western Australia, Nedlands.

108- O'Donnell, J.A., Voss, H.L. Clayton, R.R., Slatin, G.T. & Room, R.G.W. (1976) **Young Mem and drugs: Anationwide survey.** NIDA, Maryland.

109- O'Leary, T.A., Rohsenow, D.J., Martin, R., elal. (2000) The relationship between anxiety Levels and outcome of coaine abuse treatment. **American Journal of Drug and Alcohol Abuse,** Vol. 26, 2, 179-194.

110- Smart, R.G. Goodstad, M.S., Adlaf, E.M., Shepherd, M.A. S. & Chan, G.C. (1985) Trends in the prevalence of alcohol and other drug use among Ontario students 1977-1983. **Canadian Journal of Public Health,** (76), 157-162.

111- Smart, R. G. & Ogborne, A. (2000) Drinking and heavy drinking by students in 18 countries, **Drug and Alcohol Dependence**, Vol. 60, 3, 315-318.

112- Smart, R.G., Adlaf, E.M. & Walsh, G.W. (1994) Neighbourhood socio-economic factors in relation to student drug use and programs. **Journal of Child and Adolescent Substance Abuse,** vol. 3, 1, 37- 46.

113- Soueif, M. I. (1974) Some issues of major importance for prevention of drug dependence. **National Rey. Soc.** Sc. (Cairo), 11 (2), 39- 61.

114- Soueif, M.I., et al., (1980) The Non-medical use of psychoactive substance among male secondary school students in Egypt: An epidemiological study. **Drug & Alcohol Dependence**, 235-241.

115- Soueif, M. I., El-Sayed, A., M., Darweesh, Z.A. & Hannourah, M.A. (1982a) The extent of non- medical use of psychoactive substances among secondary school students in Greater Cairo. **Drug and Alcohol Dependence,** 9, 15-41.

116- Soueif, M. I., Darweesh, Z.A. & Hannourah, M.A. & El-Sayed, A.M. (1982b) The extent of non- medical use of psychoactive substances by male technical school students in Greater Cairo: An epidemiological study. **Drug and Alcohol Dependence,** 10, 321-331.

117- Soueif, M. I., Darweesh, Z.A. Taha, H.S. (1985 "A") The non-medical use of prescription psychoactive drugs by some boys in Greater Cairo. **Drug & Alcohol Dependence,** 15, 193-201.

118- Soueif, M.I., Younis, F.A., Abd-El Mohsen, K., Abd- Elmoneim, H.M., Abou-Sree O.S.m, Naggeb, M., Youssef, G.S., Galal, A.S. & Taha, H.S. (1985"b") **The extent of non-medical use of psychoactive drugs among Egyptian workers in the manufacturing industries report on an epidemiological study** (Mimeographed).

119- Soueif, M. I., Darweesh, Z.A. & Hannourah, M.A. & El-Sayed, A.M. Younis, FA. & Taha. H.S. (1986) The extent of drug use among

egyptian male university students. **Drug and Alcohol Dependence,** 18, 389-403.

120- Thomas, B.S. (1996) A path analysis of gender differences in adolescent onset of alcohol, tobacco and other drug use (ATOD), reported. **Journal of Addictive Diseases,** Vol. 15,1,33-52.

121- Torabi, M. (1989) Tobacco use by samples of American and Turkish students: A cross-cultural study. **International Quarterly of Community Health Education,** Vol. 10, 3, 241-251.

122- Valazquez, M.G., Lopez, B.C., Borges, G. & Pelcastre, V. B. (1992) Prevalencia, Y consumo de tabacco de una problacion estudiantil de siete escuelas secundarias del D.F. / Prevalence of tobacco use within a student population in seven secondary schools in Mexico. **Sauld Mental,** Vol. 15,3, 42-47.

123- Valdman, A.V. (Ed.) (1986) **Drug dependence and emotional behavior** (translated by: L.R. Sandler & M. Sandler). New York: Consultant Bureau.

124- Villatoro, V. J. , Medina, M.M., Juorez, F., et al. (1998) Drug use pathways among high school students of Mexico. **Addiction,** Vol. 93, 10,1577-1588.

125 - Voelki, K.E. & Frone, M.R. (2000) Predictors of substance use at school among high school students. **Journal of Educational Psychology,** Vol. 92, 3, 583-592.

126- Vollrath, M. (1998) Smoking coping and health behavior among university students. **Psychology and Health,** Vol. 13 (3), 431-441.

127- Wada, K. & Fukui, S. (1993) Prevalence of volatile solvent inhalation among junior high school students in Japan and

background life style of users. **Addiction**, Vol. 88, 1, 89-100.

128- Wada, K. & Fukui, S. (1994) Prevalence of tobacco smoking among junior high school students in Japan and background life style of smokers. **Addiction**, Vol. 89, 3, 331-343.

129- wicker, A.W. (1969) Attitudes versus actions: The relationship of verbal and overt behavior to Attitude Objects. **Journal of Social Lssues,** 25, 41-78.

130- World Health Organization (1974) **Technical report series,** No 551, Geneva.

131- World Health Organization (1975) **Technical report series**, No 577, Geneva.

132- Zoccolillo, M., Vitaro, F. & Tremblay, R.E. (1999) Problem drug and alcohol use in a community sample of adolescents **Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry,** Vol. 38, 7, 900-907.



# ملاحق الدراسة

ملحق (١) قائمة بأسماء الباحثين الميدانيين

ملحق (٢) الاستبانة المستخدمة في الدراسة

ملحق (٣) قائمة بأسماء المدارس التي أجريت بها هذه الدراسة

# ملحق رقم (١)

## قائمة بأسماء الباحثين الميدانين

| م | الاسم | الوظيفة |
|---|---|---|
| ١ | عادل حسين العنزي | باحث نفسي |
| ٢ | نوار مطلق القملاس | اخصائية نفسية |
| ٣ | هدى ملوح الفضلي | باحثة نفسية |
| ٤ | علي مطرد المشعان | باحث |
| ٥ | وضحة محمد المطيري | باحثة نفسية |
| ٦ | عبير صالح الظفيري | باحثة نفسية |
| ٧ | اقبال سليمان الكندري | اخصائية اجتماعية |



# ملحق رقم ( ٢ )

## استبانة لدراسة

### اتجاهات طلاب المدارس الثانوية وتصوراتهم

### حول تعاطي المخدرات

هذه البيانات سرية تماماً
وتستخدم فقط للأغراض العلمية
وليس من المطلوب كتابة الإسم



## بسم الله الرحمن الرحيم

- تاريخ اليوم    /    /

١ - اسم المدرسة : ..............................

٢ - المنطقة التعليمية : العاصمة ( ١ ) حولي ( ٢ ) الفروانية ( ٣ ) الجهراء ( ٤ ) الأحمدي ( ٥ ) مبارك الكبير ( ٦ ) .

٣ - النظام التعليمي : ثانوي عام ( ١ ) مقررات ( ٢ )

٤ - الجنس : ذكر ( ١ ) أنثى ( ٢ )

سنة    شهر

٥ - تاريخ الميلاد : ............... العمر : ..............

٦ - الجنسية : كويتي ( ١ )  غير كويتي ( ٢ )

٧ - الصف الدراسي : الأول ( ١ ) الثاني ( ٢ ) الثالث أدبي ( ٣ ) الثالث علمي (٤) الرابع أدبي ( ٥ ) الرابع علمي ( ٦ ) .

٨ - الحالة الدراسية : لم يسبق الرسوب ( ١ ) رسوب مرة واحدة ( ٢ ) رسوب مرتان (٣) رسوب أكثر من مرتين ( ٤ ) .

٩ - المجموع الكلي في الشهادة المتوسطة - ....... .النسبة المئوية للنجاح : .........

١٠ - هل تسكن مع الأسرة (   ) أم بعيداً عنها (   ) .

١١ - عدد الأخوة ( فيما عدا الطالب ) : لا يوجد (  ) أقل من ٣ (  ) أقل من ٦ (  ) أقل من ٩ (  ) ١٠ فأكثر (  ) .

١٢ - هل مستوى السكن : دخل محدود ( ١ ) دخل متوسط ( ٢ ) فيلا ( ٣ ) .

==============================================

١٣ - هل الأب على قيد الحياة : نعم ( ) لا( ) .

١٤ - أعلى مستوى تعليمي للأب : أمي ( ١ ) يقرأ ويكتب ( ٢ ) شهادة ابتدائية ( ٣ )
شهادة متوسطة ( ٤ ) شهادة ثانوية ( ٥ ) شهادة جامعية ( ٦ ) شهادة عليا ( ٧ ) .

١٥ - هل الأم على قيد الحياة : نعم ( ) لا( )

١٦ - أعلى مستوى تعليمي للأم : أمية ( ١ ) تقرأ وتكتب ( ٢ ) شهادة ابتدائية ( ٣ )
شهادة متوسطة ( ٤ ) شهادة ثانوية ( ٥ ) شهادة جامعية ( ٦ ) شهادة عليا ( ٧ ) .

==================================================

١٧ - هل أنت تعالج من ألام أو أمراض جسمية ( خلال الشهور الستة الأخيرة ) ؟
نعم ( ) لا ( ) .

١٨ - هل أنت تعالج من متاعب أو اضطرابات نفسية ( خلال الشهور الستة الأخيرة )؟
نعم ( ) لا ( ) .

١٩ - هل أنت مشترك في نادي أو جماعة نشاط خارج المدرسة ؟ نعم ( ) لا( ) .

٢٠ - هل أنت مشترك في أحد النشاطات المدرسية ؟ نعم ( ) لا( ) .

==================================================

٢١ - هل تدخن السجائر ؟ : نعم ( ) لا( ) .

| في حالة نعم : أجب عن الأسئلة من رقم (٢٢) إلى رقم (٢٤)<br>في حالة لا : انتقل إلى السؤال رقم (٢٥) |
|---|

٢٢ - كم سيجارة تدخنها كل يوم ؟ ١٠ ( ) ٢٠ ( ) ٣٠ ( ) ٤٠ ( )
أكثر من ٤٠ ( ) .

سنة　　　شهر

٢٣ - كم كان عمرك عندما بدأت التدخين ؟ كان عمري : . . . . . . . . .　. . . . . . . . . .

٢٤ - ما هي المناسبة التي دخنت فيها السجائر لأول مرة ؟ المناسبة هي : . . . . . . . . .

٢٥ - هل تدخن الشيشة ؟ نعم ( ) لا ( ) .

===============================================

٢٦ - هل سبق أن رأيت الأدوية ( المهدئة أو المنشطة أو المنومة ) بشكل مباشر ( عن قرب )؟ :

نعم ( ) لا ( ) .

٢٧ - هل لك أصدقاء أو زملاء أو معارف يتعاطون هذه الأدوية ( بدون أمر الطبيب ) ؟

نعم ( ) لا ( ) .

٢٨ - هل لك أقارب يتعاطون هذه الأدوية ؟ : نعم ( ) لا ( ) .

٢٩ - هل تعتقد أنت شخصياً أن الأدوية المهدئة :

لها تأثير مفيد ( ) لها تأثير ضار ( ) لا تأثير لها ( ) .

٣٠ - هل تعتقد أنت شخصياً أن الأدوية المنشطة :

لها تأثير مفيد ( ) لها تأثير ضار ( ) لا تأثير لها ( ) .

٣١ - هل تعتقد أنت شخصياً أن الأدوية المنومة :

لها تأثير مفيد ( ) لها تأثير ضار ( ) لا تأثير لها ( ) .

٣٢ - هل حدث ولو مرة واحدة أنك تعاطيت بدون أمر الطبيب :

أدوية مهدئة ( ) أدوية منشطة ( ) أدوية منومة ( ) لم أتعاط شيء ( )

| في حالة تعاطي أدوية مهدئة أو منشطة أو منومة (ولو مرة واحدة) .<br>أجب عن الأسئلة من رقم (٣٣) إلى رقم (٣٦)<br>في حالة عدم التعاطي انتقل إلى السؤال رقم (٣٧) |
|---|

سنة　　شهر

٣٣ - كم كان عمرك عندما تعاطيت هذه الأدوية لأول مرة ؟ كان عمري : . . . . . . . . . .

٣٤ - عندما تعاطيت هذه الأدوية لأول مرة ، هل :

سعيت للحصول عليها ( ) أم قدمها لك أحد الأشخاص ( ) ؟ .

٣٥ - هل مازلت تتعاطى هذه الأدوية ( ) أم توقفت عن تعاطيها ( ) ؟ .

إذا كنت مستمراً في تعاطي الأدوية

٣٦ - هل تتعاطى بشكل منتظم ( ) أم حسب الظروف ( ) .

٣٧ - إذا كنت لم تتعاط أدوية من قبل ، فهل :

تقدم على التعاطي إذا اتيحت لك الفرصة ( ) أم تمتنع عن التعاطي ( ) .

==============================================

٣٨ -هل سبق أن رأيت المخدرات ( مثل الحشيش أو الأفيون ) بشكل مباشر ( عن قرب )؟ :

نعم ( ) لا ( ) .

٣٩ - هل لك أصدقاء أو زملاء أو معارف يتعاطون مخدرات ؟ : نعم ( ) لا ( ) .

٤٠ - هل لك أقارب يتعاطون المخدرات ؟ : نعم ( ) لا ( ) .

٤١ - هل تعتقد أنت شخصياً أن المخدرات :

لها تأثير مفيد ( ) لها تأثير ضار ( ) لا تأثير لها ( ) .

٤٢ - هل حدث ولو مرة واحدة أنك تعاطيت مخدرات ( مثل الحشيش أو الأفيون )

و أي مخدر آخر ؟ : نعم ( ) لا ( ) .

في حالة (نعم) أجب عن الأسئلة من رقم (٤٣) إلى رقم (٤٧)
في حالة لا : انتقل إلى السؤال رقم (٤٨)

٤٣ - ماذا تعاطيت ؟ : حشيش ( ) أفيون ( )

مخدر آخر ( ) : هو : . . . . . . . . . . . . . .

سنة شهر

٤٤ - كم كان عمرك عندما تعاطيت هذا المخدر لأول مرة ؟ كان عمري : . . . . . . . . . . . .

٤٥ - عندما تعاطيت هذا المخدر لأول مرة ، هل :

سعيت للحصول عليه ( ) أم قدمه لك أحد الأشخاص ( ) .

٤٦ - هل مازلت تتعاطى المخدرات حتى الآن ( ) أم توقفت عن التعاطي ( ) ؟

إذا كنت مستمراً في تعاطي المخدرات

٤٧ - هل تتعاطى بشكل منتظم ( ) أم حسب الظروف ( ) .

٤٨ - إذا كنت لم تتعاط أي مخدر من قبل ، فهل :

تقدم على التعاطي إذا أتيحت لك الفرصة ( ) أم تمتنع عن التعاطي ( ) ؟ .

==============================================

٤٩ - هل رأيت الكحوليات من قبل بشكل مباشر ( عن قرب ) ؟ : نعم ( ) لا ( ) .

٥٠ - هل لك أصدقاء أو زملاء أو معارف يشربون الكحوليات ؟ . نعم ( ) لا ( ) .

٥١ - هل لك أقارب يشربون الكحوليات ؟ : نعم ( ) لا ( ) .

٥٢ - هل تعتقد أنت شخصياً أن الكحوليات :

لها تأثير مفيد ( ) لها تأثير ضار ( ) لا تأثير لها ( ) .

٥٣ - هل حدث ولو مرة واحدة أنك شربت كحوليات (مثل البيرة أو النبيذ أو الويسكي)؟ :

نعم ( ) لا ( ) .

| في حالة (نعم) : أجب عن الأسئلة من رقم (٥٤) إلى رقم (٥٨)<br>في حالة لا : انتقل إلى السؤال رقم (٥٩) |
|---|

٥٤ - ماذا شربت من هذه الكحوليات ؟ : بيرة ( ) نبيذ ( ) ويسكي ( )

أخرى ( ) مثل : . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

سنة شهر

٥٥ - كم كان عمرك عندما شربت الكحوليات لأول مرة ؟ كان عمري . . . . . . . . . . . . .

٥٦ - عندما شرب هذه الكحوليات لأول مرة ، هل :

سعيت للحصول عليها ( ) أم قدمها لك أحد الأشخاص ( ) .

٥٧ - هل مازلت تشرب الكحوليات حتى الآن ( ) أم توقفت عن الشرب ( ) ؟ .

إذا كنت مستمراً في شرب الكحوليات

٥٨ - هل تشرب بشكل منتظم ( ) أم حسب الظروف ( ) .

٥٩ - إذا كنت لم تشرب أي كحوليات من قبل ، هل :

تقدم على شربها إذا اتيحت لك الفرصة ( ) أم تمتنع عن شربها ( ) .

==============================================

٦٠ - هل سبق أن رأيت الهيروين من قبل ( عن قرب )؟ نعم ( ) لا ( ) .

٦١ - هل تعاطيت الهيروين من قبل ولو مرة واحدة ؟ : نعم ( ) لا ( ) .

٦٢ - هل تعاطيت أي مخدرات أخرى ولو مرة واحدة ؟

نعم ( ) ما هي : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

لا ( ) .

٦٣ - هل ينتشر تعاطي بعض المخدرات بين بعض الطلاب في مدرستك : نعم ( ) لا ( ) .

٦٤ - من وجهة نظرك ، ما أهم الوسائل التي يمكن من خلالها محاربة انتشار تعاطي المخدرات بين الشباب ؟

١ - ..........................................

٢ - ..........................................

٣ - ..........................................

٤ - ..........................................

٦٥ - فيما يلي بعض المواقف والأحداث التي قد يمر بها الطالب في حياته ، والمطلوب منك تحديد مدى تكرارها بالنسبة لك شخصياً ، وذلك بوضع دائرة حول الرقم الذي تختاره .

| م | الموقف | تكرار حدوثه | | | لم يحدث أبداً (٤) |
|---|---|---|---|---|---|
| | | دائماً (١) | أحياناً (٢) | نادراً (٣) | |
| ١ | الشجار مع المدرسين | ١ | ٢ | ٣ | ٤ |
| ٢ | الاعتداء على بعض المدرسين بالضرب والإهانة | ١ | ٢ | ٣ | ٤ |
| ٣ | الفصل من المدرسة لكثرة الغياب | ١ | ٢ | ٣ | ٤ |
| ٤ | الطرد من غرفة الدراسة | ١ | ٢ | ٣ | ٤ |
| ٥ | الغش في الامتحانات | ١ | ٢ | ٣ | ٤ |
| ٦ | السرقة من الزملاء | ١ | ٢ | ٣ | ٤ |
| ٧ | الاعتداء على الزملاء بالضرب | ١ | ٢ | ٣ | ٤ |
| ٨ | الشجار مع الوالدين | ١ | ٢ | ٣ | ٤ |
| ٩ | الهروب من المنزل | ١ | ٢ | ٣ | ٤ |
| ١٠ | السرقة من المنزل | ١ | ٢ | ٣ | ٤ |
| ١١ | مشكلات مع الشرطة | ١ | ٢ | ٣ | ٤ |
| ١٢ | السرقة من المحلات | ١ | ٢ | ٣ | ٤ |



# ملحق رقم (٣)

## قائمة بأسماء المدارس التي أجريت عليها هذه الدراسة



## ١ - محافظة العاصمة :

### (أ) مدارس البنين

| المنطقة السكنية | اسم المدرسة | نوع المدرسة |
|---|---|---|
| عبد الله السالم | يوسف بن عيسى | مقررات |
| كيفان | حمد عيسى الرجيب | مقررات |
| الدوحة | الدوحة | عامة |

### (ب) مدارس البنات

| المنطقة السكنية | اسم المدرسة | نوع المدرسة |
|---|---|---|
| المنصورية | المنصورية | مقررات |
| عبد الله السالم | جمانة بنت أبي طالب | عامة |
| الروضة | الروضة | مقررات |

## ٢ - محافظة حولي :

### (أ) مدارس البنين

| المنطقة السكنية | اسم المدرسة | نوع المدرسة |
|---|---|---|
| الجابرية | صلاح الدين | عامة |
| مشرف | صالح شهاب | مقررات |
| صباح السالم | دعيج السلمان الصباح | عامة |

### (ب)مدارس البنات

| المنطقة السكنية | اسم المدرسة | نوع المدرسة |
|---|---|---|
| الرميثية | مدرسة ٢٥ فبراير | عامة |
| مشرف | مشرف | مقررات |
| صباح السالم | صباح السالم | مقررات |

## ٣ - محافظة الفروانية

### (أ) مدارس البنين

| المنطقة السكنية | اسم المدرسة | نوع المدرسة |
|---|---|---|
| العمرية | ابن العميد | مقررات |
| العارضية | صالح الرويح | عامة |
| الفردوس | الصباح | عامة |

### (ب) مدارس البنات

| المنطقة السكنية | اسم المدرسة | نوع المدرسة |
|---|---|---|
| الفروانية | الفروانية | مقررات |
| العارضية | أم الحكم بنت أبي سفيان | عامة |
| الفردوس | الفردوس | عامة |

## ٤ - محافظة الأحمدي

### (أ) مدارس البنين

| المنطقة السكنية | اسم المدرسة | نوع المدرسة |
|---|---|---|
| الفحيحيل | الكنـدي | عامة |
| الـرقـة | سالم المبارك الصباح | مقررات |
| هـديـة | سعيد بن عامر | عامة |

### (ب) مدارس البنات

| المنطقة السكنية | اسم المدرسة | نوع المدرسة |
|---|---|---|
| الـرقـة | الـرقـة | عامة |
| الصبـاحيــة | الصبـاحيــة | عامة |
| الفنطـاس | الفنطـاس | مقررات |

## ٥ - محافظة الجهراء :

### (أ) مدارس البنين

| المنطقة السكنية | اسم المدرسة | نوع المدرسة |
|---|---|---|
| الجهراء | جابر عبدالله الصباح | مقررات |
| العيون | صباح الناصر الصباح | عامة |
| الواحة | الواحة | عامة |

### (ب) مدارس البنات

| المنطقة السكنية | اسم المدرسة | نوع المدرسة |
|---|---|---|
| القصر | الجهراء | عامة |
| العيون | زينب بنت محمد | عامة |
| تيماء | تيماء | مقررات |

ادارة مطبعة الجامعة